

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

INSTITUT DE MANAGEMENT PUBLIC ET DE GOUVERNANCE TERRITORIALE

Ecole Doctorale d'Economie et de Gestion d'Aix-Marseille
Aix Marseille Business School of Management - Institut d'Administration des Entreprises
Centre d'Etudes et de Recherche en Gestion d'Aix-Marseille

**LA CREATION COLLECTIVE DE SENS PEUT-ELLE FAVORISER LA
FABRIQUE D'UN DISPOSITIF D'ACTION ORGANISEE ?**

CAS DU PARCOURS DE LA PERSONNE AGEE

Thèse présentée et soutenue publiquement par

Félicia FERRERA BIBAS

En vue de l'obtention du Doctorat ès Sciences de Gestion

le 9 DECEMBRE 2015

Membres du Jury :

Directeur de Thèse : **Madame Corinne GRENIER,**
Professeure Senior, HDR, KEDGE Business School
Chercheure affiliée au CERGAM (IMPGT), Aix-Marseille-Université

Rapporteurs : **Madame Martine BRASSEUR,**
Professeure des Universités, HDR,
CEDAG/Management, Université Paris Descartes

Monsieur Hervé LAROCHE,
Professeur, ESCP EUROPE

Suffragants : **Madame Françoise DIGNAT-GEORGE,**
Doyen de la Faculté de Pharmacie,
Professeure des Universités, HDR, Aix-Marseille-Université
Directrice de l'Unité mixte de recherche INSERM 1076

Madame Ariel EGGRICKX,
Maître de conférences, HDR, Université de Montpellier

Monsieur Emil TURC,
Maître de conférences, IMPGT, Aix-Marseille-Université

Mise en Garde

Aix-Marseille Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Résumé

Nous cherchons à comprendre et à expérimenter la création d'un dispositif d'action collective coordonnée autour de parcours de soins, que nous avons appelé CareHolder, situé sur un territoire à proximité d'une grande ville de la région PACA. Ce dispositif se caractérise par sa gouvernance, des instruments, des activités et des acteurs marqués par leur diversité, sans liens organisationnels prédéfinis et qu'aucune autorité supérieure n'oblige à travailler ensemble. Nous appuyant sur la perspective du sensemaking et du sensegiving (Weick), nous avons posé l'hypothèse que la construction collective de sens puisse être à l'origine d'une construction sociale s'organisant ex-nihilo. Nous analysons ce processus de construction à deux niveaux d'analyse : 1) le déploiement du processus de création collective de sens comme construction d'un processus social basé sur la mise en sens d'une activité collective de soin (l'Education Thérapeutique du Patient) et 2) le rôle du sensegiver dans sa capacité à soutenir le «CareHolder». L'Education Thérapeutique du patient est ici envisagée comme outil thérapeutique et comme outil managérial. Nous avons analysé l'émergence et la mise en œuvre du CareHolder sur plusieurs années. Nos principaux résultats ont mis en évidence les habiletés du sensegiver dans ce processus de construction, qui sont au nombre de trois, à savoir sa capacité à : 1) mettre en relation les acteurs, 2) favoriser l'équivocité pour animer et régénérer une vision et 3) savoir ancrer ce qui émerge des relations en jouant sur des éléments rituels et en permettant aux acteurs de « prendre place » dans cet environnement nouveau de travail collectif avec le patient. Nous suggérons des recommandations empiriques et des pistes de recherches futures.

Mots clés : sensemaking- sensegiver - Education thérapeutique du Patient* - CareHolder

Abstract

We are trying to understand and experiment with the creation of a collective action program that is coordinated around approved health care pathways. This program is called CareHolder, and is based in an area not far from a large city in the Provence-Alpes-Côte d'Azur region. It distinguishes itself for its governance, tools, activities, and for its key players marked by their diversity, without any predefined organizational links and without a higher authority requiring them to work together. By relying on the perspectives of sensemaking and sensegiving (Weick), we have stated the hypothesis that the collective sensemaking process is at the root of a social structure organized *ex-nihilo*. We shall analyze this process on two analytical levels: 1) the unfolding of the collective sensemaking process as the development of a social process based on giving sense to a collective healthcare program (Therapeutic Patient Education), and 2) the role of the sensegiver in its capacity to support the "CareHolder". The Therapeutic Patient Education is here envisaged both as a therapeutic tool and as a managerial tool. We have analyzed the emergence and the implementation of the CareHolder over several years. Our main results have highlighted the three skills of the sensegiver during the collective sensemaking process: 1) bringing the players together, 2) promoting equivocality to encourage and clarify an outlook, and 3) being able to anchor what emerges from the relations by relying on ritualistic elements and enabling the players to 'settle into' this new collective working environment with the patient. We propose empirical recommendations and future research paths.

Keywords: sensemaking - sensegiver - Therapeutic Patient Education - CareHolder

Remerciements

Cette thèse du « middle age », ces trois années passées à réfléchir sur le sens, furent une aventure d'une extrême richesse tant sur les plans personnel, que professionnel et social. Aussi, je saisis cette opportunité qui m'est donnée de remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée ou que j'ai rencontrées pendant cette période.

Le premier remerciement que j'adresse est destiné au Professeur Corinne Grenier qui a accepté d'encadrer cette recherche doctorale. Je la remercie d'avoir laissé entrevoir à chacune de nos rencontres, à chacun de nos échanges, un sentier dans la forêt d'idées que je lui présentais. Je la remercie de m'avoir ainsi guidée, me faisant découvrir la rigueur et la méthode d'une démarche de recherche. Qu'elle trouve ici toute ma reconnaissance pour sa disponibilité et sa confiance.

J'exprime également mes remerciements au Professeur Robert Fouchet qui m'a ouvert les portes de l'IMPGT rendant ainsi l'aventure possible.

Je remercie le Professeur Jimmy El Haddad. Merci Jimmy d'avoir fait que cette envie de faire une thèse, tant d'années après le DEA, puisse se réaliser.

Je remercie Madame le Doyen de la Faculté de Pharmacie qui me fait l'honneur d'évaluer le résultat de cette recherche. Une recherche motivée par le goût de mon métier et l'ambition de participer à la réflexion qui entoure le déploiement des nouvelles missions du pharmacien et de son rôle central dans l'organisation des soins d'un territoire.

Je remercie les membres du Jury qui me font l'honneur d'évaluer les résultats de ce travail.

Je remercie les rapporteurs, Madame Martine Brasseur et Monsieur Hervé Laroche.

Je remercie Madame Ariel Eggrickx et Monsieur Emil Turc qui m'ont fait l'honneur d'accepter de commenter ce travail.

Mes remerciements vont aussi au Directeur du Centre Hospitalier d'Allauch, Monsieur Robert Sarian, sans qui rien n'aurait été possible. Il m'a ouvert les portes de l'hôpital et nous avons ensemble remis la coordination du Canton Vert sur les voies qu'il avait tracées dès 2007.

Je remercie mon amie, mon associée, le Dr Valérie Rocchi. Cette thèse manifeste notre volonté de transformer la conjoncture morose pour les pharmaciens en opportunités s'ouvrant

Remerciements

sur de nouvelles missions. Et donc, après la fac, la vie de famille, la pharmacie, que l'aventure continue...

Je remercie le Dr Joël Levy et le Dr Bernard Diadema d'avoir accepté les postes de Vice-présidents de l'Association et pour la confiance et l'amitié qu'ils m'ont témoignées.

Je remercie Madame Agnès Avinsac pour son dévouement, son enthousiasme, son amitié.

Je remercie le Président du Syndicat des Pharmaciens, le Dr Philippe Lance, la Vice-présidente le Dr Valérie Ollier De Lecluse, les membres du Conseil d'Administration et mes colistiers de l'URPS, en particulier le Dr Michel Siffre et le Dr Françoise Pasquali avec qui nous avons de grands projets.

Je dédie cette thèse à ma fille, Florence. N'oublie jamais que le travail est vainqueur des difficultés, alors courage ! Et souviens-toi que l'ennemi est souvent intérieur.

A mes parents, plus que des remerciements, je voudrais leur dire que ce lent et tardif processus d'individuation prend racine entre deux maximes, scandant au travers de leurs voix parentales, d'une part Guillaume d'Orange : « *Il est inutile d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer* » et d'autre part Jules Lequier : « *faire, non pas devenir, mais faire et en faisant, se faire* ». Maximes qui ont inmanquablement conduit à une définition de l'Homme, comme un animal qui crée. Maximes qui m'ont inmanquablement entraînée dans le labyrinthe. Un labyrinthe, dans lequel, grâce à vous, les obstacles stimulent, les impasses se contournent, les dédales débouchent sur des découvertes...

Enfin, j'ai une pensée reconnaissante pour mon mari. Une pensée affectueuse pour mes beaux-parents. Une pensée chaleureuse pour ma famille, mes amies. Avec une mention spéciale pour Véro et Ety, Agnès A., Agnès T. Anne-Sylvie, Anne, Bania, Emilie, Karine, Karine, Valérie, Sandrine, Sophie. Mention spéciale aussi pour Lucien et Evelyne, Joël et Françoise, Paul-Edouard et Alain.

Sommaire

Mise en Garde.....	1
Résumé.....	2
Abstract.....	3
Remerciements	4
Sommaire	6
Liste des tableaux	12
Liste des schémas	14
Liste des abréviations	15
Présentation de la Thèse.....	16
INTRODUCTION GENERALE.....	20
1 D'une réflexion professionnelle... ..	21
1.1 Contexte général	21
1.1.1 Pourquoi cette thèse ?	23
1.1.2 Premier objectif professionnel :.....	25
1.2 ...À une problématique de recherche universitaire :.....	25
1.2.1 Comment penser l'action collective ?.....	25
1.2.2 La coopération	27
1.2.3 Des parties prenantes du Soins au CareHolder	27
1.2.4 Le CareHolder	29
1.2.5 Gestion de la diversité : une richesse et un défi.....	31
1.2.6 Deuxième objectif universitaire.....	32
1.3 S'adapter après l'annonce d'une maladie chronique : l'Éducation Thérapeutique du Patient 32	
1.3.1 Définitions.....	33
1.3.2 Objectifs pour le malade	34
1.3.3 Incidence sur les pratiques professionnelles.....	35
1.3.4 La question du sens:.....	36
2 Chemin de la thèse	40
PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE	42
1 Un positionnement épistémique : l'Interactionnisme Symbolique.....	45
1.1 Le pragmatisme.....	45
1.1.1 Vérité, connaissance, réalité, expérience	46
1.1.2 Une conception pluraliste du réel	48
1.1.3 Pensée, croyances, action	48
1.1.4 Perspective sémiotique.....	50

<Sommaire

1.1.5	Expérience immédiate et cognition.....	52
1.1.6	Conclusion de la partie :.....	54
1.2	L'interactionnisme symbolique.....	55
1.2.1	L'école de sociologie de Chicago.....	56
1.2.2	Le Self et l'Autrui Généralisé.....	56
1.2.3	L'interaction.....	58
1.2.4	Les remaniements du Soi.....	59
1.2.5	Le paradigme interprétatif.....	60
1.2.6	L'action réciproque.....	61
1.2.7	La communication.....	63
1.2.8	Qu'est ce que le sens?.....	65
2	Le Sensemaking	68
2.1	L'apport des différents travaux de Weick.....	70
2.2	Les différentes variables qui influencent le sensemaking : les modifications de l'environnement, l'individu, les interactions.....	73
2.3	Les sept propriétés du sensemaking.....	76
2.3.1	Le sensemaking est fondé sur la construction identitaire.....	76
2.3.2	Le sensemaking est rétrospectif.....	76
2.3.3	L'enactement.....	77
2.3.4	Caractère social du sensemaking.....	80
2.3.5	Le sensemaking est un processus.....	82
2.3.6	Le sensemaking est focalisé sur des indices extraits de l'environnement.....	86
2.3.7	Le sensemaking est dirigé vers la plausibilité plutôt que vers la vérité.....	86
2.4	Les outils conceptuels.....	87
2.4.1	L'unité minimale de création de sens.....	87
2.4.2	Double Interact, cycles de comportements Inter-reliés.....	88
2.4.3	Zones d'équivalences mutuelles.....	91
2.4.4	Enaction-Sélection-Rétention.....	91
2.4.5	Variété Requisite.....	94
2.4.6	Petits Grains.....	95
2.4.7	Les vocabulaires, la conversation, la narration.....	96
2.4.8	La résilience : un mécanisme de reconstruction de sens.....	99
2.5	La place des émotions dans le processus de sensemaking.....	100
2.6	La relation entre sens et structure.....	101
3	Les travaux des auteurs qui se sont emparés du sensemaking	103
4	Le sensegiver	106
4.1	La question du SG au prisme de la diversité des acteurs.....	107
4.2	Quel(s) rôle(s) pour le sensegiver ?.....	109
5	Questions de recherche	111
5.1	Un projet à la fois professionnel et universitaire.....	111

<Sommaire

5.2	QR1 En quoi consiste le processus de création de sens à l'origine du care-holder ?	113
5.3	QR 2 : « comment se structure le CareHolder ? »	113
5.4	QR 3 : Quel est le rôle du sensegiver à initier et déployer dans le temps un dispositif d'action organisé dans un contexte de diversité d'acteurs?	114
6	Conclusion de la partie	115
PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE		117
1	Méthodologie	119
1.1	Recherche-intervention	119
1.2	Question du rapport du chercheur et de son terrain	122
1.3	Question du statut et de la validité de la connaissance	123
2	Recueil des données :	128
3	Collecte des données	131
3.1	Méthode	131
3.2	Précision sur « le matériau »	133
3.3	La validité des données	141
4	Comment lier concepts et données ?	142
4.1	La mesure	143
4.2	Le codage des données	146
4.3	Dimensions et attributs de la création collective de sens	148
5	Le terrain de la recherche	150
5.1	Historique : l'Association de Coordination de Santé du Canton Vert	150
5.2	Le point de départ de l'action collective : les patients chuteurs	150
5.3	Les spécificités du terrain : pourquoi le cas de la personne âgée ?	151
PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER		154
1	Période 1 : Nous construisons la nécessité de coopérer sur le sujet de la prévention des chutes itératives	156
1.1	Les discussions informelles	156
1.2	La justification de la diversité	157

<Sommaire

1.3	Mise en œuvre du programme pour le maintien de l'autonomie AC'Santé ALLAUCH	160
1.3.1	Juin – Septembre 2013 : la création du document en vue de l'obtention d'une autorisation.....	161
1.3.2	La diffusion du programme et de ses intentions	163
1.3.3	Les rencontres sur le centre hospitalier.	166
1.3.4	Les journées thématiques :	167
2	2^{ème} période : Émergence des besoins d'accompagnement. Mobilisation des ressources grâce à des appels à projet.	169
2.1	Recherche de financement et conflits d'intérêts.....	169
2.2	La construction de la diversité : groupe de réflexion sur la douleur.	171
2.2.1	Démarrage du « nouveau » groupe douleur.	172
3	3^{ème} période : Déploiement et confirmation	181
4	4^{ème} période : Reconnaissance locale du CareHolder et Poursuite du développement	184
5	Eléments de structuration du CareHolder	187
5.1	Rôle du Sensegiver.....	192
5.2	Les acteurs	193
5.2.1	Trouver une utilité à l'association, y trouver une place	193
5.2.2	Ambiguïté et paradoxe	197
5.3	La gouvernance	200
5.3.1	Gouvernance conceptive :	201
5.3.2	Gouvernance stratégique :	201
5.3.3	Gouvernance « clinique »	201
5.3.4	Gouvernance opérationnelle.....	202
5.4	Le contexte de l'action collective.....	202
5.5	Émission des signaux.	204
5.5.1	Les signaux.....	204
5.5.2	Sélection des signaux – Interaction –Création de sens	207
5.5.3	L'activité	210
5.6	Les interactions	213
5.6.1	Construction du sens	219
5.7	La création collective de sens au prisme du sensegiver.....	227
5.7.1	Sensemaking et sensegiving : entre croyances et actions.....	227
6	De la construction du CareHolder à sa reconnaissance institutionnelle. Quelle légitimité pour le CareHolder ?	235
7	Le CareHolder à septembre 2015.....	238
	PARTIE IV : ANALYSE DES RESULTATS	243
1	Visionner : L'ETP outil thérapeutique, outil managérial	247

2	« Relationner » : créer des liens	250
3	Jouer sur l'équivocité.....	251
3.1	Créer l'équivocité : Signaler	251
3.2	Réduire l'équivocité	252
3.3	Agir sur l'équivocité du signal : « signal large », « signal étroit ».....	253
4	Créer le CareHolder: ancrer	254
5	Conclusion de la partie.	258
PARTIE V : DISCUSSION.....		260
1	Le sensegiver émetteur de signaux	262
1.1	Permettre le prendre place	266
2	Relation entre sens et structure	270
2.1	L' « habitude »	270
2.2	L'habitude : la répétition	272
2.3	Le rituel : la répétition et le sens	279
2.4	Conclusion de la pratique du rituel dans notre terrain	287
2.5	Peut-on alors conserver le terme de « donneur de sens » ?.....	288
3	Les instruments	291
3.1	Cadrage terminologique	291
3.2	Dimensions opérationnelle, symbolique et relationnelle des instruments	292
4	Conclusion de la partie	297
CONCLUSION GENERALE		298
4.1	Apports Théoriques et Managériaux	300
4.2	Limites et voies de recherche.....	302
Bibliographie		305
Annexes		323
L'équipe du CareHolder.....		324
Le poster AFDET		328
Plaquette salon du bien vieillir 2014.....		329

<Sommaire

Flyer canton vert.....	330
Journées thématiques de l'audition.....	332
Autorisation programme Ic-Care-Top	333
Partenariat CCAS Plan de Cuques	336
Liste des membres présents à l'AG du 28/11/2014	337
Question exploration APA	341
Autorisation programme mieux vivre avec ses douleurs	342
Présentation AAP, parcours de marche.....	345
Parution : La Provence, janvier 2014.....	346
Invitation journée thématique	347
Carnet douleur.	348
Cahier de vacances APA 2015.	362
Invitation salon du bien vieillir et des RIC 2015	371
Photos salon du bien vieillir	375

Liste des tableaux

Tableau 1 Structuration du cadre théorique : le sensemaking	72
Tableau 2 Les travaux des auteurs qui se sont emparés du Sensemaking	103
Tableau 3 Composantes de la validité de la recherche adaptée à notre terrain de recherche (adapté de Grenier & Ehlinger 1999).....	126
Tableau 4 Comparaison objet de recherche, projet de recherche adapté de Martinet et Pesqueux 2013	129
Tableau 5 Collecte des données	132
Tableau 6 Les différentes occasions de recueil des données	133
Tableau 7 Les dimensions du CareHolder	145
Tableau 8 Tableau de synthèse des dimensions et attributs retenus.....	149
Tableau 9 Représentation de l'apport de la pluridisciplinarité suite à la réunion	159
Tableau 10 Résultats de l'enquête menée auprès des 44 personnes âgées présentes lors de la journée de l'audition.....	175
Tableau 11 Le Salon du Bien Vieillir le 16 septembre 2014	182
Tableau 12 Évolution de la structuration du CareHolder	188
Tableau 13 Le rôle du sensegiver	192
Tableau 14 Signaux et techniques utilisés	205
Tableau 15 Exemples de signaux en fonction du contexte	206
Tableau 16 Construction de la réunion douleur	212
Tableau 17 Extrait de Verbatim	214
Tableau 18 Extraits des comportements inter-reliés	217
Tableau 19 Organisation d'une réunion du groupe douleur	218
Tableau 20 Processus ESR.....	220
Tableau 21 L'engagement.....	225
Tableau 22 Récapitulation des principales interactions	228
Tableau 23 Le sensemaking : processus axé sur la croyance, processus axé sur l'action (adapté de Weick 1995 :133-162).....	232
Tableau 24 les activités du CareHolder à juillet 2015.....	240
Tableau 25 ETP outil de management, outil thérapeutique	248

<Sommaire

Tableau 26 des résultats de la mise en œuvre en fonction du Sensigiver.....	259
Tableau 27 Fonction et propriétés du RITUEL.....	284
Tableau 28 les dimensions symboliques, opérationnelles et relationnelles des instruments réalisés au cours de la thèse.....	296
Tableau 29 Les apports de la recherche.....	302

Liste des schémas

Schéma 1 Careholder	31
Schéma 2 Chemin de la thèse	40
Schéma 3 Relation triadique	51
Schéma 4 les différentes variables du processus de sensemaking	75
Schéma 5 Le processus d'enactement (adapté de Allard-Poesi 2003 :171)	80
Schéma 6 Schéma adapté de Weick 1979	93
Schéma 7 La mise en oeuvre du processus de création collective du sens	116
Schéma 8 Modalités d'observation du terrain	146
Schéma 9 Histoire racontée aux professionnels de santé lors de l'EPU par le SENSEGIVER	165
Schéma 10 Gestion de l'équivocité au cours du processus	211
Schéma 11 Exemple de zones d'équivalences mutuelles adapté de Weick (1979 :98) et de Allard-Poesi (2003 :95)	222
Schéma 12 Un des poèmes de Maggy	256
Schéma 13 Exemple de cheminement vers une zone d'accord temporaire pour aboutir à une activité établie	263
Schéma 14 Mise en évidence de la largeur du signal lors des différentes phases du processus utilisé par le SG	264
Schéma 15 Entre sens et structure	278
Schéma 16 Rôle du sensegiver, (source : élaboration personnelle)	290

Liste des abréviations

AAP : Appel A Projet

ACSCV : Association de Coordination de Santé du Canton Vert

AC'Santé : Programme de Prévention Pour le Maintien de l'Autonomie

APA : Activité Physique Adaptée.

ARS : Agence Régionale de Santé.

CH : Centre Hospitalier

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

ETP : Education Thérapeutique du Patient

IC : Intervenant Chercheur

IC-CARE-TOP : Programme d'Education Thérapeutique du Patient Insuffisant Cardiaque

IDEL : Infirmière Diplômée d'Etat exerçant en Libéral

IDEC : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice

IS : Interactionnisme Symbolique

MC : Maladie Chronique

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P : Patient

PA : Personnes Agées

PAERPA : Personnes Agées en Perte d'Autonomie

PH : Praticien Hospitalier

QVD : Qualité de Vie

RIC : Rhumatismes Inflammatoires Chroniques

S : Soignant

SG : Sensegiver

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

TTP : Théorie des Parties Prenantes

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Présentation de la Thèse

Nous avons eu la chance de comprendre à quel point un regard théorique pouvait être porteur de perspectives enrichissantes pour des pratiques professionnelles, alors que nous étions Directrice des achats et des approvisionnements chez Bourely Répartition¹. En effet, une problématique professionnelle nous avait ramenées sur les terres des Sciences de gestion, que nous avons quittées après un Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées, obtenu à l'Institut d'Administration des Entreprises (IAE) d'Aix-en-Provence, à la sortie de nos études de Pharmacie. Le Diplôme d'Etudes Approfondies effectué, au sein du Centre de Recherche Sur les Transports et la Logistique, (CRET-LOG) en 1998, nous a permis de donner une autre dimension à la gestion partagée des approvisionnements entre les cinq différents établissements de répartition pharmaceutique de la région dont nous avons la responsabilité. Aussi, confrontée à nouveau à une question, sur un autre terrain, puisque nous sommes depuis plus de dix ans maintenant pharmacien d'officine à Allauch (13190), nous nous sommes naturellement retournées vers la Faculté pour tenter une compréhension et une expérimentation de la coopération des acteurs de santé sur un territoire.

En introduction nous préciserons donc le contexte dans lequel se déroule cette thèse, entre préoccupations issues d'une pratique professionnelle et problématique de recherche universitaire. Nous verrons comment la question de la coopération (§1.2) entre acteurs concernés par la santé d'une personne² et la philosophie³ d'un dispositif original de soin, l'Éducation Thérapeutique du Patient (§1.3), auquel nous nous sommes intéressées dès la parution de la loi Hôpital Patient Santé Territoires⁴, nous ont conduites sur les voies du sensemaking. Nous avancerons une grille d'analyse et de lecture de l'accompagnement des parcours de santé des personnes sur un territoire, que nous avons appelée CareHolder, pour comprendre comment une activité collective coordonnée peut faire tenir ensemble un dispositif constitué de parties prenantes marquées par leur diversité et qu'aucune *obligation organisationnelle* formelle ne rassemble, ni aucune autorité publique n'oblige (§1.2.4). Nous concluons sur un schéma rapportant les trois temps de notre travail doctoral (§2).

¹ Maintenant OCP Répartition. Nous y sommes restées de 1992 à 2004. Nous étions alors directrice de production régionale.

² santé au sens de la définition de l'OMS et acteur incluant la personne elle-même.

³ Philosophie est employé ici pour préfigurer que nous allons nous intéresser à une « vision » différente du soin qui donne à réfléchir sur des façons de procéder originales et sur la nature du résultat visé (accompagner versus guérir).

⁴ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

La première partie de la thèse sera consacrée à la compréhension de notre cadre à la fois théorique et épistémique. La connaissance sera élaborée, le terrain sera construit, sur la base des travaux de celui que l'on nomme le psychosociologue des organisations (Vidaillet, 2003). Nous situerons dans un premier temps son travail à la lumière des théories qui ont en partie nourri la richesse de sa pensée (Laroche 2003) : le pragmatisme (Partie I, §1.1) et l'interactionnisme symbolique (Partie I, §1.2). Nous entrerons alors dans le domaine des sciences de gestion avec la lecture des phénomènes organisationnels donnée par Weick. Nous regrouperons dans un tableau (Partie I, § 2.1) les variables, les propriétés et les outils conceptuels dont l'étude a permis l'élaboration du CareHolder. Après un bref panorama des travaux des auteurs qui se sont à leur tour emparés de la théorie du sensemaking (Partie I, §3) et en soulignant que ces travaux se sont principalement focalisés sur des éléments du processus incarnés dans un point précis de l'organisation, nous nous intéresserons au rôle particulier du sensegiver (Partie I, §4). Nous présenterons alors les questions de recherche (Partie I, §5) que nous nous sommes posées pour contribuer à la connaissance et expérimenter la mise en œuvre d'un dispositif réunissant les professionnels des secteurs social, médical, médico-social ainsi que toutes les personnes concernées par le vaste champ de la santé (malades, bien-portants, citoyens, associations, municipalités, institutions). Nous proposerons un schéma susceptible de montrer comment nous mettrons en œuvre le processus de création collective de sens sur notre terrain (Partie I, §6).

Ces questions ainsi posées, nous consacrerons la partie suivante à donner à lire notre méthodologie et à fournir des précisions sur notre terrain. Notre recherche est ancrée dans un problème concret du terrain, aussi, nous nous inscrirons dans le champ de la recherche-intervention (Partie II, §1). Nous expliquerons les particularités d'une recherche intervention menée par un chercheur à la fois partie-prenante, concepteur et observateur de son terrain. Nous dirons comment nous avons procédé au recueil et à la collecte d'un foisonnement de données (Partie II ; §2) issues d'un terrain qui sera décrit (Partie II, §5) et qui est aussi le lieu de travail quotidien de l'intervenant chercheur depuis plus de dix ans. Un tableau (Partie II, §4.3) récapitulera les dimensions retenues pour le codage des données recueillies.

La troisième partie donnera une double lecture de la construction du CareHolder. Cette double lecture, permet de rendre compte de notre première question de recherche «*en quoi consiste le processus de création de sens à l'origine du CareHolder*» et se justifie par un terrain construit pas à pas, par un intervenant chercheur endossant le rôle de sensegiver et par des allers-retours incessants entre théorie et terrain, rendant l'analyse pratiquement extemporanée.

Ainsi, nous donnerons une première lecture essentiellement chronologique (Partie III, §1), puis nous proposerons une lecture à travers des éléments de structuration remarquables du CareHolder (Partie III, § 5), qui éclairera sur notre deuxième question de recherche à savoir « *comment se structure le CareHolder* ». Nous soulèverons le principal écueil qui s'est dressé devant nous et qui a trait à la reconnaissance de la légitimité d'une action portée par des acteurs de terrain, pour intervenir sur une question réfléchie en amont, sur un plan plus institutionnel (Partie III, § 6). Enfin, nous ferons un point précis des réalisations concrètes menées en faveur du parcours de santé de la personne âgée sur notre territoire à septembre 2015 et des quatre grands projets à venir (Partie III, § 7).

Dans la partie suivante, nous analyserons les résultats obtenus sur le terrain à la lumière du rôle du sensegiver en regard de notre troisième question de recherche : « *Quel est le rôle du sensegiver à initier et déployer dans le temps un dispositif d'action organisé dans un contexte de diversité d'acteurs?* ». Partant de notre intuition première, transformée en «vision» du sensegiver, nous établirons un parallèle entre l'Education Thérapeutique du Patient (désormais ETP) comme outil thérapeutique et comme outil managérial (Partie IV, §1), avec une même essence pour ces deux démarches, une création collective de sens. Puis nous analysons d'autres étapes du rôle du sensegiver (désormais SG) : mettre les acteurs en relation (Partie IV, 2), jouer sur l'équivocité (Partie IV, 3), « energiser» le CareHolder (Partie IV, 4).

Viendra alors l'étape de la discussion de nos résultats. Trois grands résultats se dessinent alors que le terrain « bat son plein ». Avant que de nous assurer de la justesse du terme « sensegiver », (Partie V, §2.5) nous lui attribuons désormais un rôle qui va au-delà de celui du « manager-animateur » (Raulet-Crozet in Eyrolles, Saussier, & Le Lannier, 2013) qui jongle entre contingence, collectif, individu, organisation et sens, et cherche à favoriser l'autonomie des acteurs. Nous trouvons un SG qui crée des relations entre les acteurs et les invite à « prendre place » (Partie V, §1.1) au sein du CareHolder. Au-delà d'« energiser » sa « vision », il va chercher à l'« ancrer » en s'appuyant sur l'habitation (Partie V §2) des acteurs, dont le recours peut-être paradoxal à première vue dans un contexte de création collective de sens, et sur des instruments (Partie V, §3), utilisés de telle sorte à générer de l'équivocité et transformés en éléments fractals capables de déployer plusieurs facettes du processus concourant simultanément à la fabrique du dispositif.

Une conclusion générale terminera cette aventure de trois ans d'une richesse inégalée à ce jour, tant sur le plan social, que professionnel et personnel. Nous préciserons les implications théoriques et managériales de ce travail en nous ouvrant sur de nouvelles voies de recherches

Présentation de la Thèse

nous permettant de réfléchir sur l'organisation de l'offre de soin sur un territoire et plus particulièrement aux nouvelles missions du pharmacien d'officine, professionnel de santé incontournable par ses compétences, sa disponibilité et sa proximité avec les patients. Ils représentent une ressource de soin offrant aux patients, aux autres professionnels et au déploiement des politiques publiques, un appui considérable tant du point de vue de leurs connaissances, que de leur position au sein du parcours de santé.

INTRODUCTION GENERALE

« Pour juger des apparences que nous recevons des objets, il nous faudrait un instrument judiciaire ; pour vérifier cet instrument, il nous y faut de la démonstration ; pour vérifier la démonstration, un instrument : nous voilà au rouet. Puisque les sens ne peuvent arrêter notre dispute, étant pleins, eux-mêmes d'incertitudes, il faut que ce soit la raison ; aucune raison ne s'établira sans une autre raison ; nous voilà à reculons jusques à l'infini. »

de Montaigne, M. (1965). Essais II, 12.

1 D'une réflexion professionnelle...

1.1 Contexte général

En 2012, soit trois ans après la promulgation de la loi « portant réforme de l'Hôpital et relative au Patient, à la Santé et aux Territoires » (désormais appelée loi HPST), porteuse d'un changement de modèle très fort (Cocquebert, 2012), la question de la coopération et de la coordination des parties prenantes du Soins est toujours d'actualité. Des rencontres ayant pour objectif de définir les réalités de l'accès au soin et du parcours de soins⁵ des patients atteints de maladies chroniques se multiplient à l'initiative par exemple de collectifs tels que « Rendez-vous Cohérence Santé Territoires ». L'ensemble des Acteurs (l'Agence Régionale de Santé⁶, les Associations de Patients, les représentants des Usagers, les Professionnels de Santé, les Élus, les Collectivités Territoriales, les Acteurs Sociaux, l'Assurance Maladie, les Complémentaires Santé) est invité à réfléchir sur des thématiques telles que la gestion de la sortie d'un établissement de santé, la prise en charge de pathologies lourdes et/ou chroniques... En 2013, lors d'une de ces rencontres, le Directeur Adjoint de l'ARS PACA⁷, prenait la parole pour répondre au représentant d'une association de patients qui contestait l'idée même de se coordonner « autour » du patient, pour se coordonner « avec » le patient :

« L'ARS souhaite développer le côté participatif des patients. C'est un choix qui s'impose à nous, face à l'évolution récente du système de santé. A présent, on ne repartira plus en arrière, ce qui a été fait est acté. Dans le domaine de la santé, on parle d'un monde totalement balkanisé où chacun se gargarise avec l'idée de coordination (...) Face à cela, on a beaucoup de mal à produire quelque chose d'intelligent qui rende service à l'utilisateur ». (...) . Il faut apprendre à coopérer plutôt qu'être en réaction (...). »

⁵ La notion de parcours de soin est apparue dans les années 80. Selon les Agences Régionales de Santé (désormais ARS) les parcours reflètent l'organisation d'une prise en charge globale et continue des patients et usagers au plus proche de leur lieu de vie. Cet objectif est imposé essentiellement par la progression des maladies chroniques. Il nécessite une évolution de notre système de santé historiquement centré sur le soin vers une prise en charge plus complète des individus.

⁶ ARS : Agence régionale de la santé

⁷ « Cohérence les rendez-vous santé territoires Marseille • lundi 13 juin 2013 »

INTRODUCTION GENERALE

Effectivement, aujourd'hui dans le champ de la santé nous assistons à un changement de paradigme que nous attribuons: 1) à l'évolution des traitements, de la médecine et aux progrès techniques qui font que des maladies autrefois incurables se chronicisent, des traitements invasifs sont abandonnés au profit de traitements s'appuyant sur les progrès de la technologie; la durée de vie s'est considérablement allongée et l'indicateur désormais pertinent est l'espérance de vie en bonne santé; 2) au changement d'attitude des patients qui n'acceptent plus de se soumettre à la toute puissance du corps médical et deviennent des usagers du système de santé qui se regroupent en associations, font intervenir le législateur pour protéger leurs droits et revendiquent de ne plus être un « objet de soin » (Pierron, 2007); 3) au contexte socio-économique où entrent en jeu inflation des dépenses de santé, des situations sociales qui se complexifient du fait de l'augmentation de la durée de vie, de l'impact des pathologies chroniques sur la vie quotidienne, de la précarité...

Il est aisé de comprendre que l'intégration de toutes ces dimensions nécessite un effort de coopération entre toutes les parties prenantes des champs sanitaire et social, y compris le malade et son entourage. Leurs efforts doivent s'articuler pour offrir au malade une prise en charge de qualité répondant non plus à la notion de vie dans le silence des organes mais à la définition de la santé vue par l'OMS, c'est-à-dire un état *de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.*

Ces parties prenantes du soin ont encore du mal à créer de véritables synergies : le cloisonnement à l'intérieur de chacune d'elles et entre elles n'a pas été vaincu en dépit des efforts des réseaux et de la création de structures destinées à assurer la continuité des soins entre ville et hôpital. Les associations de malades témoignent du manque de personnalisation des prises en charge et s'organisent afin de proposer à leurs *adhérents* des solutions plus proches de leur problématiques (conseils, aide à l'observance des traitements, activités sportives...). Les inégalités de prise en charge sont marquées en fonction du lieu d'habitation, des professionnels ou du type d'institutions sollicitées. Le manque de lisibilité inquiète d'autant plus les pouvoirs publics que les structures de coordination, génératrices de coûts, prolifèrent sans répercussion tangible sur la continuité et le coût des soins. De nouvelles technologies telles que la télémédecine, l'utilisation de MEOPA*⁸, les chimiothérapies à

⁸ Le protoxyde d'azote est utilisé à la place des antalgiques traditionnels dans les actes douloureux de courte durée (inférieur à 45 min) chez l'enfant mais aussi chez l'adulte, comme pose d'une voie veineuse périphérique, ponction artérielle, lombaire, réalisation d'un myélogramme, et à domicile peut être utilisé lors de la réfection d'un pansement ou du traitement d'escarres. Son utilisation nécessite précautions, formation et disponibilité, notamment d'un

INTRODUCTION GENERALE

domicile, sont envisageables techniquement mais l'organisation manque sur le terrain pour permettre leur déploiement. L'affluence dans les services d'urgence atteste de l'insuffisance de prévention des incidents.

1.1.1 Pourquoi cette thèse ?

Cette thèse est donc née d'un questionnement sur « la prise en charge globale des patients » et la redéfinition du « prendre soin des personnes » sur un territoire. La nécessité de mettre en pratique des parcours de santé coordonnés plaçant le malade au sein d'un dispositif où coopèrent toutes les parties prenantes du soin (médicales et sociales, institutionnelles ou libérales mais aussi simplement citoyennes) a pris corps dans la loi HPST et de nombreuses structures de coordinations se sont créées. Elles résultent d'une catégorisation des patients et sont généralement spécifiques de telle ou telle pathologie (maladies chroniques, cancer, psychiatrie, SIDA,...) ou de tel ou tel type de liens de coordination à développer (ville-hôpital, médical, social), ou de telle ou telle situation (enfance mal traitée, addictologie...) qui nécessitent une coopération, une synergie, entre différents intervenants (maintien à domicile, placement...).

A l'aube de ce travail, nous étions assaillies par les questions :

- Pourquoi ne sommes-nous toujours pas arrivées, en dépit de tous les efforts, les lois, les projets, les dispositifs, les plans, les associations de patients à structurer des coopérations durables entre les parties prenantes du soin dont le malade et son entourage?

Si l'on considère le champ de la Santé, toujours entendu dans sa définition la plus large de bien être social, somatique et psychique, force est de constater que le système de santé, n'a pas jusqu'à ce jour, permis à la multiplicité et à la spécificité croissante des tâches, des individus et des structures qui y participent, de se présenter sous la forme d'un tout cohérent. Il laisse au contraire apparaître ses dysfonctionnements, ses ruptures et redondances qui, bien au-delà des problèmes économiques que cela engendre, contribuent à renvoyer au malade une « *image morcelée, source d'angoisse* » décrite dans *Le Statut du malade* (1991 : 9), mais toujours aussi actuelle.

médecin. Ses avantages reposent sur une absorption et une élimination rapides. Il ne possède pas d'effet anesthésique, il n'y a donc pas d'hypoxie, ni de dépression respiratoire ou de perte de conscience induites.

INTRODUCTION GENERALE

- Comment un patient peut-il être acteur alors que de toutes parts l'on ne parle que de sa « prise en charge » ?
- Comment un professionnel peut-il prendre place dans un parcours de soins coordonnés si la signification même qu'il attribue à ces expressions « *Parcours de soins coordonnés* », « *Parcours Personnalisé de Soins* », (qui la plupart du temps d'ailleurs sont simplement réduites à des sigles « PPS »...), n'évoquent qu'une mesure de plus parmi tant d'autres, une injonction du type «voilà ce qu'il faut faire », où la déclinaison du « comment le faire » reste l'apanage de discussions entre « représentants professionnels et tutelles», même si, grâce à la loi HPST, ces dernières sont descendues au niveau régional ainsi qu'en témoignent les différents Plans (Plan Alzheimer, Plan Psychiatrie et Santé Mentale, Plan cancer...) ?
- Comment dépasser les obstacles (technicité, habitudes, temps, distances, communication...) pour que l'accompagnement des patients devienne une action collective et coordonnée ?

Notre engagement professionnel⁹ nous a conduit à approfondir les ressources contenues dans la loi HPST et notre implication au sein de réseaux de santé nous a menées à prendre part dans des dispositifs d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). Dispositifs pluridisciplinaires et coordonnés, légitimés et organisés par la loi HPST, dans lesquels l'objectif consiste à permettre au patient de reconstruire du sens pour adopter de nouveaux comportements bénéfiques pour sa santé, suite à la rupture que constitue l'annonce de la maladie chronique. Ils déploient de manière interactive et ciblée des savoirs, savoir-faire et savoir-être et ainsi contribuent à lui offrir les moyens de trouver lui-même les leviers pertinents pour faire face à la sa propre situation.

Aussi, intuitivement, nous nous demandons dans quelle mesure la pratique d'une telle activité (l'ETP), qui au moment où nous commençons la thèse est complètement dissociée du territoire de santé¹⁰ du patient, ramenée sur ce territoire, (i.e. pratiquée près du lieu de vie du patient et par des soignants exerçant sur ce même lieu) n'aurait pas un effet déclencheur, tant par sa méthodologie (qui consiste à permettre au patient de créer du sens) que par la nature de

⁹ Nous sommes Secrétaire Générale du Syndicat Général des Pharmaciens des Bouches du Rhône et chargées de mission au sein de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Pharmaciens PACA.

¹⁰ à savoir les patients assistent à des ateliers non pas à proximité de leur domicile soit dans les lieux où se produisent les ateliers. Les professionnels exercent sur le lieu où le dispositif est conçu et hébergé¹⁰(souvent un hôpital, parfois un centre dédié) soit dans un autre territoire de santé. Ils ne connaissent ni ne sont amenés à revoir les patients.

INTRODUCTION GENERALE

sa dynamique pluridisciplinaire, sur la mise en œuvre de coopération de professionnels de santé sur un territoire de santé. Nous définissons ce dernier comme un lieu de ressources médicales, sociales, médico-sociales, institutionnelles ou libérales, dont le niveau de proximité avec le domicile de la personne est celui des soins de premier recours (Coldefy & Lucas-Gabrielli, 2008).

1.1.2 Premier objectif professionnel :

Cette thèse a pour objectif d'enrichir la compréhension de la mise en œuvre d'un parcours de santé sur un territoire, relevant de la coopération d'acteurs des champs médicaux, sociaux et médico-sociaux et ayant pour ambition de répondre aux besoins de santé d'une personne. Santé entendue au sens de la définition de l'OMS, c'est-à-dire englobant le maximum bien être possible au plan mental, social et physique et incluant à la fois des actions préventives et curatives.

1.2 ...À une problématique de recherche universitaire :

Nous avons donc été tout d'abord interpellées par la nécessité de permettre aux patients de *reconstruire du sens* après l'effondrement qui suit l'annonce d'une maladie inscrite dans la durée, qui va modifier le cours habituel de leurs vies, leur infliger des changements de comportements parfois radicaux, les contraindre d'en abandonner d'autres, parfois à l'origine même de leur état de santé. Nous avons été interpellées par la réponse que constitue leur inclusion dans un dispositif d'éducation thérapeutique.

Chemin faisant, nous nous sommes aussi questionnées sur ce que pouvait être l'action collective, dans un cadre marqué par la diversité des acteurs et comment elle pouvait naître et croître *sans qu'aucun* « ordre supérieur » (ie une structure organisationnelle précédant et régissant cette action collective) ne soit susceptible de lier les acteurs les uns aux autres, quand par exemple le cadre proposé n'était qu'incitatif...

1.2.1 Comment penser l'action collective ?

Appréhender cette question a engendré un détour pour saisir ce qui se cachait derrière cette notion aussi évidente que mystérieuse d'action collective. Céfaï, (2007) définit l'action collective comme une « *action conjointe* » ou une « *action concertée* » qui implique *une intention consciente* de la part des acteurs qui y participent. Cette première définition exclut

INTRODUCTION GENERALE

donc de l'action collective la simple agrégation ou la superposition d'actions « *individuelles* ». Recherchant les prémices qui conduisent à l'action collective, Hatchuel, (2000) mentionne que lorsqu'elle intéresse des organisations ou des entreprises, l'action collective est artéfactuelle et n'est légitimée ni par une tradition, ni par une quelconque transcendance (Hatchuel, 2000). L'action collective est un construit social, qui s'organise au prix de conditions et de contraintes et dont les conditions d'émergence et de maintien sont contingentes, circonscrivent la liberté des acteurs et conditionnent leurs résultats (Crozier & Friedberg, 1977). Appartenant à la grammaire de l'action collective, la coopération englobe l'action de s'adonner consciemment à une activité complémentaire de celles d'autres acteurs dans le cadre d'une finalité commune, ou pour servir des intérêts communs ou équivalents (Grenier, 2002).

Dans cette perspective, les processus de coopération des acteurs sociaux, poursuivant des objectifs multiples, dans des situations d'incertitude, ont fait l'objet de recherches à la fois par les économistes, les sociologues et les gestionnaires. Le dénominateur commun de ces recherches est selon Hatchuel toujours « *embarrassé par la notion de rationalité des acteurs* » (Hatchuel, 2000). L'économie associe à la notion de but commun, la notion de profit réparti selon un pourcentage en rapport de la part d'activité. Les théories de l'action rationnelle vont dans le sens d'une action collective commandée par des impératifs d'utilité, d'efficacité et de rentabilité. Dans cette optique, un groupe se définit par l'objectif qu'il défend, à savoir l'intérêt de ses membres. Cependant (Olson, 1971) montre à travers plusieurs exemples (fixation des prix du marché ou encore l'engagement de salariés dans un syndicat), qu'un groupe d'individus rationnels, tous conscients de leur intérêt commun et de leur contribution à la réalisation de cet intérêt, ne va pas forcément agir dans le sens de cet intérêt commun. L'agrégation des intérêts individuels seuls ne conduit pas à l'action collective (Olson, 1971). Si la généalogie des pratiques coopératives tient à l'articulation du paradoxe entre bénéfice individuel et bénéfice collectif (Grenier, 2002), « *sans intérêt, point de groupe* », Caillé, (2009) laisse de côté la rationalité des acteurs, l'individu isolé, indifférent aux autres, calculateur et l'influence des travaux d'Olson, vient amener un éclairage différent de celui selon lequel la naissance et l'action des groupes ne sont mues que par un comportement rationnel intéressé. L'auteur rappelle, l'existence *d'incitations sociales* telles que la confiance, l'amitié, le prestige, qui invitent à l'action collective, notamment dans *de petits groupes* (Olson, 1971). Cefaï, citant Oberschal relève que l'action collective peut être médiatisée par

INTRODUCTION GENERALE

un sentiment communautaire (appartenance à un clan, une tribu) ou par des solidarités, des loyautés associatives (Cefaï, 2007).

Dans cette recherche, nous débordons du cadre de la logique d'acteurs pour nous intéresser à « *l'action collective de production d'artefacts, tangibles ou intangibles, une action commune, coordonnée qui pour transformer les choses passe obligatoirement par l'établissement et le développement de relations entre les hommes* » (Martinet & Pesqueux, 2013 : 31).

1.2.2 La coopération

La coopération se décline en termes de coordination, et de collaboration. Ferber, (1994) nous aide à comprendre ces notions en se plaçant du point de vue de l'observateur de l'action collective. En effet, celui-ci peut s'en tenir au fruit de cette action et la comprendre en termes de comportements et de résultats. Cette idée l'amène à relever des *qualités* définissant la coopération : 1) coordination d'actions qui concerne l'ajustement de la direction des actions des agents dans le temps et l'espace ; 2) degré de parallélisation des tâches ; 3) partage des ressources et des compétences ; 4) aptitude du système à suppléer à la défaillance d'un agent ; 5) non-redondance des actions ; 6) non persistance des conflits (Ferber, op.cit., p 23).

A côté de cet observateur, qui pour l'auteur, qualifierait le comportement des fourmis comme coopératif, existe un autre angle de vue, qui consiste à pénétrer à « *l'intérieur de l'entité se comportant et à vouloir en analyser la boîte noire* » (Brassac & Pesty, 1996). En prenant cette focale, on distingue alors deux types d'agents : l'agent cognitif et l'agent réactif. Dans un cas nous avons une réflexion sur le *sens de la conduite* de l'agent, dans l'autre une réflexion sur le *type de réponse* à l'organisation qui s'offre à lui.

Nous allons considérer cette question et nous engager dans une voie où la forme des collectifs ne serait plus une condition mais une conséquence de l'action (Hatchuel, 2000) .

1.2.3 Des parties prenantes du Soins au CareHolder

Pour aborder ce collectif complexe où interviennent différents acteurs dont les caractéristiques et objectifs sont différents voire contradictoires, nous utilisons la perspective des Parties Prenantes (PP) qui offre un cadre d'analyse pour comprendre l'action collective.

Pesqueux, (2007) rappelle qu'historiquement la théorie des parties prenantes (TPP) est apparue pour contrebalancer un système dans lequel l'organisation est construite pour générer des rentes à ses propriétaires (shareholder). Nous nous adossons à cette approche pour

INTRODUCTION GENERALE

appuyer le changement de paradigme contenu dans la loi HPST déjà évoqué au début de notre propos, et introduire une conception du soin selon laquelle le geste médical ou paramédical, la guérison ne sont plus les uniques motivations d'un système dans lequel la finalité (prise en charge d'une personne souffrante) serait sacrifiée au profit de la recherche du meilleur moyen de traiter un organe ou une fonction déficiente. Nous voyons dans la prise en charge globale du patient une constellation d'intérêts *coopératifs et concurrents* (Donaldson & Preston, 1995) compatibles avec les questionnements associés à la TPP et soulignés par Pesqueux (2003, 2007, 2008) telles que la nature des relations qui lient les PP, le rapport PP dominantes et dépendantes, la prise en compte des PP qui supportent les risques.

Nous retenons de l'étude des définitions des PP (Freeman, 1984 ; Mercier, 2001 ; Donaldson & Preston, 1995) plusieurs notions qui vont nous aider à conceptualiser la notion de prise en charge globale, à conférer une place au malade et à son entourage, à introduire le principe de transversalité faisant ainsi du soin médical et paramédical une composante, au même titre que l'accompagnement (médical ou social).

Ainsi au terme de « stakeholder » nous avons substitué le terme de « CareHolder », signifiant pour nous « partie intéressée dans le Soins¹¹ », c'est-à-dire les personnes ou les groupes qui affectent et sont affectés (Pesqueux, 2007) par l'accompagnement d'une personne souffrante. Cette définition introduit une approche constructiviste (Grenier, 2009; Grenier, 2011; Parent & Deephouse, 2007) dans laquelle les PP ne sont pas définies ex-ante mais vont intervenir en fonction des besoins des malades, de leurs familles et des aidants. Leur présence sera dépendante du contexte de prise en charge. Le malade devenant ainsi lui-même une partie prenante dont les intérêts ne sont plus uniquement définis par un groupe d'intervenants, mais peuvent s'exprimer...

Nous retenons la dimension normative (Mercier, 2001; Pesqueux, 2007) de l'approche par les parties prenantes. En effet, à côté de la vision fonctionnaliste, cette approche fait appel aux obligations morales que les PP doivent avoir avec leur objet et entre elles. La théorie normative permet d'aborder l'étude des relations et de la construction de la prise en charge globale non plus dans une perspective dominée par la raison instrumentale mais en se concentrant sur des fins éthiques (raison objective) (Pesqueux & Damak-Ayadi, 2003). Elle nous conduit à rejoindre le concept central par lequel nous abordons le problème de la

¹¹ Au sens de "cure" et de "care"

INTRODUCTION GENERALE

coopération entre les PP du Soin : la création de sens. En effet par ce biais nous pouvons chercher à identifier en fonction de quels critères chaque PP réagit aux signaux qu'elle reçoit, l'importance qu'elle leur accorde, de quelle manière elle est prête à construire en interaction avec les autres PP, comment elle qualifie les limites acceptables de sa responsabilité (Bensebaa & Béji-Bécheur, 2005). La question du sens invite le patient et son entourage à investir la place que revendiquent désormais les associations de malades et crée une rupture avec la tradition millénaire dans laquelle le malade s'abandonne au soignant (Serres, 2009).

1.2.4 Le CareHolder

Partant, dans cette recherche nous nous proposons de comprendre comment une activité collective coordonnée peut se structurer sur un territoire de santé et faire tenir ensemble des parties prenantes marquées par leur diversité et qu'aucune *obligation organisationnelle* formelle ne rassemble, ni aucune autorité publique n'oblige (par exemple des ARS).

Compte tenu de la variété de perspectives que laisse entrevoir une telle entreprise, nous proposons une grille d'analyse et de lecture de l'accompagnement des personnes sur un territoire de santé et posons que le « *CareHolder* » est une construction singulière¹², résultant de l'intervention de différents acteurs des champs sanitaires et social et des relations qu'ils sont capables de tisser entre eux et avec le malade et son entourage.

Le patient et son entourage sont au centre des préoccupations, le Soin est entendu au sens le plus large du terme, c'est-à-dire pris au sens de « *cure* » et de « *care* », de soins médicaux et d'accompagnement (prévention, social...).

Cette « *construction singulière* », correspondant au soin adapté et requis par une personne combine, selon nous, à la fois des acteurs (citoyens, patients, aidants, professionnels, institutionnels...), des instruments, une gouvernance et des activités de soin.

Les « *activités de soin* » du « *CareHolder* » dépendent des différents niveaux d'intervention que peut requérir l'état de la personne. Ainsi, Brunn et Chevreul, (2013), s'inspirant de la

¹² Singulière au sens où l'agencement des parties répond aux besoins particuliers d'une personne.

INTRODUCTION GENERALE

pyramide des soins de (Nolte et McKee, 2008)¹³ laissent apparaître trois contextes de prise en charge structurée et coordonnée :

1) le premier niveau correspond à la prise en charge de *patients chroniques*. Il vise l'autonomisation des malades, la réduction des complications, la diminution des (ré) admissions à l'hôpital, la diminution du nombre de journées d'hospitalisation par la transmission de savoirs, de savoir-être et de savoir-faire,

2) le deuxième niveau « *disease management* » concerne des patients à risques élevés, dont l'état est instable et susceptible de se dégrader. Il s'agit ici de coordonner des soins de différentes spécialités médicales, d'établir des algorithmes décisionnels issus de recommandations et de bonnes pratiques, en s'appuyant bien sûr sur les « bases » posées lors du précédent niveau de prise en charge,

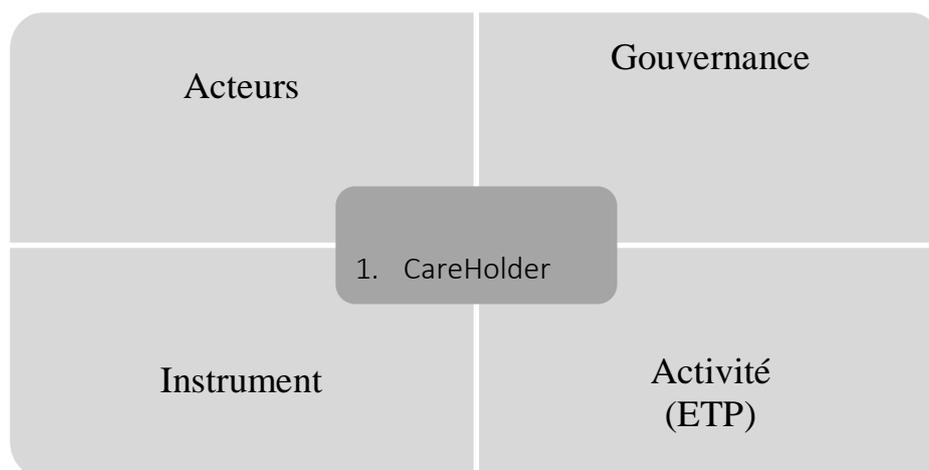
3) le troisième niveau « *case management* » concerne la prise en charge de patients très complexes. (Brunn et Chevreul, 2013) notent à ce niveau la nécessité d'une *structure organisationnelle* favorable à ce type de prise en charge afin d'optimiser le recours aux ressources communautaires du système de soin.

Ces trois niveaux sont à rapprocher de ceux mentionnés dans le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie¹⁴ (désormais PAERPA) qui fait également apparaître une gradation dans la prise en charge dont le premier niveau est l'éducation de la personne afin de la rendre autonome et de prévenir les risques d'incidents (iatrogénie médicamenteuse, chutes...)

¹³ Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Open University Press. Maidenhead; 2008.

¹⁴ Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes- Céline Mounier et Cécile Waquet- Janvier 2013.

Schéma 1 Careholder



Le « CareHolder » a pour objectif d’accompagner les différentes problématiques rencontrées par une personne souffrante. Il ne s’agit pas d’un objet fixe mais d’un processus, dont les effets sur la santé de la personne souffrante résultent de l’articulation d’expertises et d’expériences différentes.

1.2.5 Gestion de la diversité : une richesse et un défi

Notre problématique concerne la mise en place de synergies transversales entre opérateurs polymorphes, de compétences *différentes, interdépendantes, et souvent habitués à des pratiques autonomes.*

Pour envisager de « faire tenir ensemble » une telle pluralité d’intervenants, nous adoptons le prisme de lecture de la diversité de (Grenier, 2008). Selon l’auteure la diversité est définie comme *ce qui est reconnu et construit comme hétérogène, différent.* L’adoption de cette définition permet de ne pas assimiler la question de la diversité à la seule gestion de minorités (femmes, groupes identitaires), mais elle est celle de la *multi dimensionnalité de la diversité.* En effet, Grenier *op. cit.*, la définit comme une composante issue de paramètres *intrinsèques* à l’individu (âge, sexe) mais aussi de la *construction sociale* de l’individu (formation, savoirs...). Nous reconnaissons dans son discours plusieurs niveaux de diversité qui sont impliqués dans la co-construction de projets dans le secteur médical et médico-social : les personnes impliquées en tant qu’*individu* et en tant qu’*acteur*, la *culture*, les *organisations*, les *connaissances ou pratiques*, le mode d’exercice (libéral, salarié en institution, société ou association...) (Grenier, 2015).

INTRODUCTION GENERALE

Nous dégageons de l'approche de l'auteure des thèmes de réflexion nous permettant d'aborder l'action collective construite dans la diversité des parties prenantes du soin. En effet, au-delà de la question posée par *la capacité de faire ensemble lorsqu'on est différent*, l'auteure souligne que le point critique de la diversité se joue dans les *relations et interactions* entre les acteurs. « *C'est là que se construit, que se négocie et que se gère la diversité* ». Cela l'amène à considérer la diversité comme un *construit social* et comme un *outil pour l'action* dont la résultante, *le sens collectif* porté par la notion de « CareHolder », naît de *l'articulation* des acteurs.

Grenier , (2009) fait également état de la diversité au moment de la construction de l'action dans une réflexion préliminaire qui identifie « *les perspectives et les approches variées du travail que les membres de groupes aux identités différentes peuvent apporter* » (Thomas & Ely, 1996). Elle envisage les bénéfices de la diversité pour créer une valeur ajoutée, sélectionne les potentiels, les valeurs, les concepts, fondant le socle commun de l'action et met en place des dispositifs et instruments de coordination nécessaires à la compréhension.

1.2.6 Deuxième objectif universitaire

Comprendre et enrichir la littérature sur les processus de coopération entre acteurs marqués par la diversité, n'appartenant pas une même organisation et marqués par des pratiques autonomes et indépendantes les unes des autres.

1.3 S'adapter après l'annonce d'une maladie chronique : l'Éducation Thérapeutique du Patient

« On se persuade mieux, pour l'ordinaire, par les raisons qu'on a soi-même trouvées, que par celles qui nous sont venues par l'esprit des autres ».

**Pascal, Pensées, Section I, (10),
(Pascal & Autrand, 1984 : 32)**

Nous venons de dresser un panorama des problématiques (acteurs, instruments, activité, gouvernance) auxquelles nous serons confrontées au cours de cette recherche. Nous allons maintenant expliquer l'activité de Soins par laquelle nous allons attraper le CareHolder et qui s'adresse aux patients atteints d'une maladie chronique. Elle est comme nous l'avons vu inscrite au cœur de la loi HPST dont elle porte les valeurs (pluridisciplinarité, transversalité, place du patient...).

INTRODUCTION GENERALE

Aussi, il nous paraît important à ce stade, pour justifier à la fois notre intuition et le cheminement de notre travail et de notre projet, d'expliquer ce qu'est l'ETP. Ainsi, nous entendons montrer pourquoi nous en avons fait le point de départ d'une étude sur la coopération des professionnels de santé et pourquoi nous avons été frappées par tant de similitudes avec notre cadre théorique, le sensemaking.

1.3.1 Définitions

L'ETP est née de l'intention d'accompagner les patients atteints de maladies chroniques (désormais MC) en opérant un transfert de connaissances et de compétences *entre* deux populations : les soignants et les patients. Elle s'est développée parallèlement à la prévalence de ces MC et notamment du diabète. Les premiers travaux rendent compte de l'innovation qui a vu le jour au sein d'un hôpital universitaire et qui consistait à recevoir des patients, non plus pour traiter un problème aigu de santé, mais pour leur faire « *bénéficier d'un bilan complet de leur état de santé et pour qu'ils participent à un ensemble d'activités orientées vers une meilleure connaissance de leurs maladies et de leurs traitements grâce à des enseignements individuels et collectifs* » (Lacroix & Assal, 2011 : 9).

Préconisée par l'OMS dès 1998 (Walger, 2011), l'ETP est intégrée en 2009, dans la loi Hôpital, Patient Santé Territoire dont l'objet vise le décloisonnement des pratiques professionnelles dans les champs médical, social et médico-social et donne une place centrale au patient et à son entourage dans le système de Soins.

L'OMS dans sa définition souligne qu'il s'agit d'un processus continu et d'une progression par étapes. L'ETP rassemble « *un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale concernant la maladie, les traitements, les soins, les comportements de santé et ceux liés à la maladie et leurs facteurs d'influence (représentation de santé et maladie, pouvoir sur la santé...)* ». In fine le patient et/ou son entourage devient l'acteur à part entière d'un processus qui vise des objectifs de santé définis à partir d'aspiration et de besoins objectifs et subjectifs, en accord avec le projet de vie de la personne, s'appuie sur des ressources (dont les siennes propres), reconnaît sa subjectivité et lui confère une place centrale dans le dispositif. « *L'ETP, utilise des méthodes et des moyens éducatifs et nécessite des compétences et des structures de coordination* ». C'est un projet transversal, qui mobilise en plus des professionnels de santé médicaux (parmi lesquels figurent au moins un médecin) et paramédicaux, des acteurs institutionnels, organisationnels et associatifs et des compétences non médicales. Les ARS ont la

INTRODUCTION GENERALE

responsabilité d'accorder les autorisations, de planifier, de financer et d'évaluer les programmes. Ces derniers devant être conformes à un cahier des charges répondant aux critères qualité de la Haute Autorité de Santé (HAS). L'ETP peut être prodiguée tout au long du parcours du patient et dispensée en établissement de santé public, privé, dans les réseaux, à domicile, en ambulatoire.

Les études rapportent que les programmes d'ETP ont permis de modifier l'attitude des soignants dans la prise en charge des patients (Deccache, Berrewaerts, Libion, & Bresson, 2009), la transformation des rôles, des soignants mais aussi des patients, un renversement dans les postures éducatives ou chacun apprend de l'autre (Gagnayre & Traynard, 2002). Après avoir examiné quels étaient les objectifs de l'ETP pour le malade et les impacts de la méthode sur les professionnels de santé, nous tenterons, par une lecture de cette pratique, de comprendre les phénomènes qui introduisent de nouveaux comportements et comment nous pourrions nous en saisir pour initier une nouvelle dynamique entre soignants d'un même territoire.

1.3.2 Objectifs pour le malade

La maladie chronique (MC) est marquée par le sceau de la durée et des éventuels risques d'aggravation. Même si dans la cas d'une maladie aiguë « guérison » n'est pas synonyme de « retour à un état antérieur » (Serres, 2009), la maladie chronique, signe *la perte définitive* de cet état antérieur. Dans ce cas, informer, ordonner, ne suffisent plus. Au-delà du traitement médical, mais *sans pour autant transférer la responsabilité de la gestion de la maladie au patient*, il s'agit de mettre la personne en situation de comprendre et d'intérioriser les comportements de santé les plus adaptés à son projet de vie et à sa maladie en s'appuyant sur toutes les ressources médicales et/ou sociales disponibles. L'expérience de la maladie dépasse le seul cadre de la rationalité. Les émotions, le sentiment de vulnérabilité, la gravité perçue, les représentations, les mécanismes de défense (optimisme comparatif, déni, fatalisme, évitement défensif...) apparaissent lors de la rupture de trajectoire amenée par l'annonce de la maladie chronique et témoignent de la singularité de la personne. C'est une chose de savoir que l'on est mortel, c'en est une autre de le « *sentir* »...

Pourtant, comme dans tout deuil, cette perte de l'état coutumier antérieur, doit aboutir à une acceptation de ce nouvel état et à l'adoption de comportements adéquats (Lacroix & Assal, 2011). Comment y parvenir ? Les études sont nombreuses qui montrent que la prise de conscience seule ne suffit pas à changer les comportements, pas plus que les injonctions, ou

INTRODUCTION GENERALE

les menaces. Le travail qui mène à l'intériorisation des risques et à la prise de conscience de la marge de manœuvre qui conduit à les éviter ne peut se réduire au temps de l'annonce ni à une ordonnance. Les études s'accordent pour montrer le taux d'inobservance des traitements au long cours et ses conséquences : découragements, altération de l'état de santé, « essoufflement » des professionnels. Dès lors, comment faire pour que le malade, *cet être de raison*, régit par des lois, des règles et des normes ; *cet animal* qui répond à des besoins primaires et des pulsions ; *ce moi identitaire* motivé par la loi d'optimisation de son bien être, intègre qu'il est le principal acteur du maintien d'une qualité de vie optimale et prenne une part entière, aux côtés des soignants, dans l'amélioration ou le maintien de son état de santé?

1.3.3 Incidence sur les pratiques professionnelles

Lacroix et Assal, (2011) soulignent le défi que représente le traitement du patient chronique. Non content, de rompre avec la tradition qui veut que l'efficacité de la médecine soit directement liée à la compétence des praticiens, non content, de remettre en cause la vocation de guérir, ou restaurer, le traitement de la maladie chronique amène les soignants dans le champ de la pédagogie. Informer ne suffit pas. La formation du patient est capitale. Et avec elle l'idée de processus, c'est-à-dire d'actions corrélées, organisées entre elles dans le temps. Vivre avec une MC exige, au-delà de la prise quotidienne de médicaments, des savoirs (physiologie, signes annonciateurs des crises...), des savoirs faire (manipuler des dispositifs, composer un menu...) ou encore des savoir être (faire face à des situations imprévues...). Ces savoirs, savoir-faire et savoir-être ne peuvent être transmis par une seule personne, dans un temps de visite imparti. De plus, ils reposent sur la motivation du malade à accepter et à comprendre la maladie et les conséquences de cette dernière sur les comportements qu'il doit adopter dans sa vie quotidienne. Ainsi, la MC introduit une évolution du rôle initial de soignant en associant une transaction entre le savoir de l'un et la compréhension de ce savoir par l'autre (Lacroix & Assal, 2011) dans l'objectif de le rendre capable d'assimiler de nouvelles expériences. Cette approche déplace ainsi les préoccupations de l'organe malade (traitement de la maladie) à la personne malade. Pour se faire l'ETP s'appuie sur toutes les ressources *internes* à l'individu (motivation, projets...) et *externes* (le partage d'expérience que peut apporter un groupe de pairs, la synergie de soignants ayant des visions différentes de la maladie). Elle se décline sur le mode pluridisciplinaire, dans le temps. Elle s'ancre dans la compréhension des représentations et des motivations propres à la personne malade. Elle explore la singularité du sujet et ne consiste plus à définir une stratégie de soin en partant d'un objectif thérapeutique à atteindre, mais plutôt *des acquisitions thérapeutiques, sociales et*

INTRODUCTION GENERALE

psycho-sociales, que le patient a besoin de faire pour répondre à un objectif thérapeutique. Dès lors, qu'est ce qui conduit les professionnels du secteur de la santé et du secteur social à réinterroger leurs pratiques et les amène à travailler ensemble et avec le patient et son entourage ?

1.3.4 La question du sens:

Nous sommes confrontées à deux problématiques :

- Celle de malades dont le cours de la vie à été modifié consécutivement à l'annonce d'une maladie qui va leur demander de changer, de modifier leurs comportements.

Comment dès lors gérer le rapport entre maladie et perspectives d'avenir, comment gérer le rapport entre malaise et espoir ? Quand ce coefficient est supérieur à un, c'est-à-dire quand le MALAISE qu'une personne éprouve dans sa situation est supérieur à l'ESPOIR qu'elle a de retrouver un sens ou un cours normal à sa vie, il y a peu de chance pour que cette personne puisse modifier un comportement ou même puisse simplement bénéficier de l'aide de son entourage familial et médical...

- Celle de professionnels englués dans des cloisonnements générés par l'évolution même du système de santé où les communications sont très règlementées et les pratiques fortement contraintes et se sont habitués à des pratiques autonomes, indépendants les uns des autres.

Comment dès lors reconsidérer le « prendre soin » d'une personne, lorsqu'on est accablé par les contraintes et prisonniers de modes de fonctionnement routiniers? Quand le produit de ces facteurs est si lourd ? Comment le professionnel de santé peut-il s'ouvrir sur de nouvelles pratiques qui lui seraient imposées par une *loi boite à outils* (Cocquebert, 2012) ? Quel évènement, quelle situation peuvent pousser le professionnel à pratiquer différemment, vaincre les barrières qui se dressent devant des modes de fonctionnement collaboratifs ?

Cette thèse démarre donc sous le signe de la perte de sens. Le sens, question à la mode, souvent posée au niveau politique et philosophique (Autissier & Wacheux, 2006) et qui a été introduite dans la théorie des organisations par Karl E. Weick. Ses travaux fondateurs (Weick, 1979) ont posé la question de la façon dont la vie collective se déploie (Weick & Vidaillet, 2003), sur la façon dont on passe de l'individuel au collectif, sur la façon dont les individus

INTRODUCTION GENERALE

donnent sens à une situation de sorte qu'un système d'action collective se développe et se maintienne. Ils ont ouvert de nombreux chantiers pour saisir comment la construction collective de sens contribue à saisir la complexité de l'action collective.

Notre problématique consiste donc à tenter une compréhension de la structuration d'une action collective réunissant une diversité d'acteurs indépendants et autonomes autour d'activités de soins coordonnées.

Nous l'avons dit, une intuition empirique nous pousse à envisager la forme du collectif non plus comme une condition mais comme une conséquence de l'action ; d'une action de soin, pluridisciplinaire et pratiquée entre acteurs amenés à interagir sur les mêmes parcours de patients. Nous allons donc aborder l'*action collective* à travers le prisme des interactions entre individus, de « *l'influence réciproque que les partenaires exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres* » (Grawitz, 1979 : 152). Prisme commun à la fois au cadre théorique proposé par Weick (1979 ; 1995 ; 2001 ; 2005) et à la stratégie thérapeutique utilisée dans l'Éducation Thérapeutique du Patient. Notre cadre théorique le SENSEMAKING, théorie ancrée dans l'interactionnisme symbolique, courant porté par l'École de sociologie de Chicago, rompt avec la tradition sociologique selon laquelle les individus sont déterminés de l'extérieur et leurs comportements sont fonction des contraintes sociales. Pour les auteurs de cette École, l'individu n'est pas un pantin, mais un être responsable de ses actes, artisan de sa vie personnelle, même s'il est dépendant d'une certaine pesanteur sociale (*Modernité de Robert Ezra Park*, 2008). Ce qui leur importe, ce n'est pas tant les conditions sociales, que ce que les acteurs en font. Nous nous écartons de la tradition ouverte par Durkheim, rappelée par (Steiner, 2005) selon laquelle la coopération est une conséquence de la division du travail, le fait social étant considéré comme déterminant l'individu de l'extérieur : « *La cause déterminante d'un fait social doit être recherchée parmi les faits sociaux antécédents ; et non parmi les états de la conscience individuelle (...) La fonction d'un fait social doit toujours être recherchée dans le rapport qu'il soutient avec quelque fin sociale.* » (Grawitz, 1979, citant Durkheim, p111).

Nous n'appréhenderons donc pas notre recherche en considérant l'action collective comme résultant d'un système institutionnalisé de modes et de comportements qui inscrit nos actions dans un système de règles de codes et de statuts. De même nous n'aborderons pas la notion de communauté en nous référant à une culture commune mais « *à l'équilibre précaire entre l'homme et son milieu* » (Grawitz, 1979) (*op. cit.*, p.143).

INTRODUCTION GENERALE

Weick (1995, p.69 et suivantes) s'inscrit en faux contre les conceptions de l'organisation qu'il regroupe en reprenant les propos de Scott, (1987) selon 3 postures : des collectivités très formalisées orientées vers la poursuite de buts communs, des collectivités dans lesquelles les hommes coopèrent pour assurer la survie de la structure sociale, des formes sociales composées de coalitions et de groupes d'intérêt dépendant fortement de facteurs environnementaux.

Nous soulignons que la théorie du SENSEMAKING a très largement été étudiée dans des contextes organisationnels qu'il s'agisse de l'élaboration de la stratégie (Balogun & Johnson, 2005), d'un changement stratégique (Gioia et Chittipeddi, 1991), de la gestion de crise (Laroche & Steyer, 2012), du pilotage de projets (Garreau & Mouricou, 2012) et parfois en se focalisant parfois sur certaines catégories d'acteurs tels que les middle-managers (Balogun & Johnson, 2004), etc...., ou organisés plus largement mais toujours préexistants.

Cependant, dans ce travail, nous mobilisons les travaux de (Weick, 1995) pour étudier la création *ex-nihilo* et sa perduration dans le temps, d'un dispositif d'action collective coordonnée, basé sur la coopération des professionnels des secteurs sanitaire et social, libéraux et institutionnels, des patients, dont la grille de lecture sera le CareHolder.

Ces questions nous amèneront à étudier les travaux de celui que l'on appelle le « psychosociologue des organisations » Karl E. Weick, mais aussi ceux des chercheurs qui s'en sont emparés à sa suite. Ce cadre théorique ainsi posé, nous proposerons alors d'aller au-delà de ces approches "traditionnelles" du processus de SENSEMAKING et d'envisager l'hypothèse que la construction collective de sens pourrait être à l'origine d'une construction sociale s'organisant *ex-nihilo*¹⁵. En effet, peu d'auteurs ont étudié l'aspect social du sensemaking lors de la promulgation d'un dispositif d'action collective organisée et l'impact qu'il peut avoir sur son déploiement dans le temps. Partant, nous interrogerons la perspective du sensemaking, non plus en nous focalisant sur les éléments du processus incarnés en un point précis de l'organisation (acteur, outil, décision stratégique, crise, changement organisationnel...) *mais en nous demandant comment la création collective de sens permet à des individus marqués par leur autonomie et leur diversité de construire un dispositif et de coopérer en vue d'une action collective coordonnée ?* Des individus caractérisés par la diversité de leurs pratiques, de leurs cultures, de leurs modes de rémunération, de leurs

¹⁵ Nous entendons par *ex-nihilo*, en l'absence d'une structure organisationnelle définie qui unirait de fait tous les acteurs.

INTRODUCTION GENERALE

objectifs et de leurs intérêts (Grenier, 2008). Entre des acteurs indépendants les uns des autres, dont les normes de fonctionnement sont réglées par des organisations différentes, ne disposant pas des mêmes cadres pour appréhender une situation dans laquelle ils seraient tous cependant parties prenantes.

Pour se faire, nous partirons de l'approche thérapeutique pluridisciplinaire, l'Éducation Thérapeutique du Patient, activité de soin, dont nous avons expliqué les objectifs et détaillé les méthodes et pour lesquelles nous décelons des similitudes avec le processus de création collective de sens décrit par Weick (1979, 1995, 2001).

Nous avons laissé de côté la question du territoire de santé pour nous focaliser sur le processus de création collective de sens.

2 Chemin de la thèse

La thèse s'organise en cinq parties : partie I cadre théorique, partie II méthodologie et terrain de la recherche, partie III narration du cas, partie IV analyse du rôle du sensegiver, partie V discussion. Nous avons endossé le rôle de sensegiver et procédé par aller-retour incessant, entre théorie et terrain.

La première partie porte sur la compréhension de notre cadre épistémique et théorique. Ce travail fut essentiel à l'opérationnalisation de notre processus de recherche.

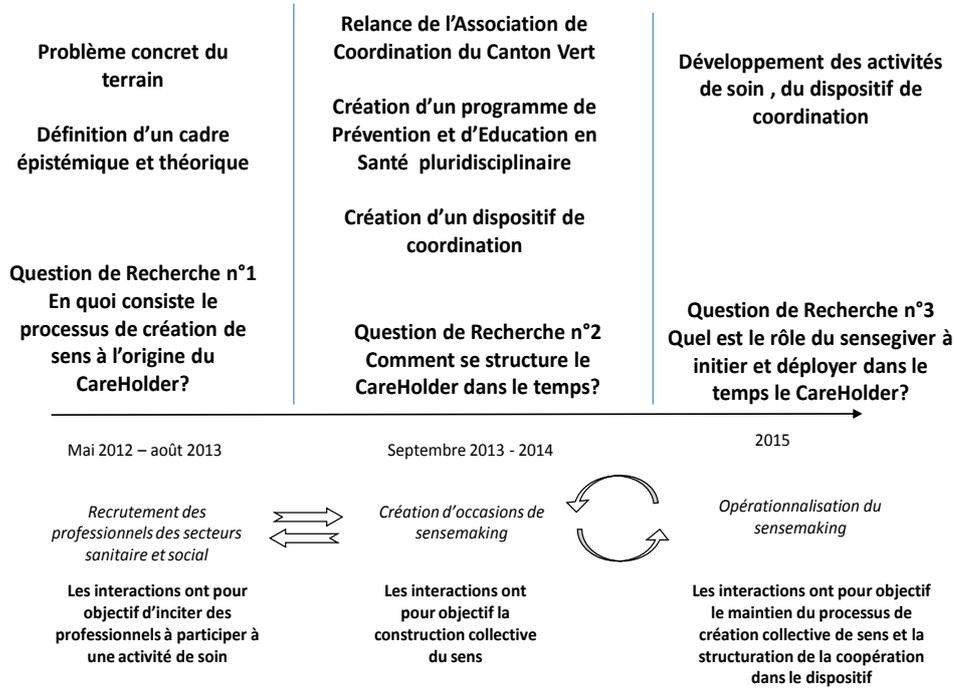
La seconde partie porte sur la méthodologie et la présentation de notre terrain de recherche. Nous avons consacré une importante troisième partie à la narration de la construction du CareHolder.

Elle fait partie de la compréhension du dispositif d'analyse que nous aborderons en quatrième partie.

Enfin dans une cinquième partie, nous discuterons de trois résultats obtenus consécutifs à nos questions de recherche : 1) le rôle du sensegiver qui a consisté à jouer sur l'équivocité et à permettre aux acteurs de prendre place, 2) comment nous avons dans ce dispositif, construit ex-nihilo, abordé la relation entre sens et structure et enfin, 3) le rôle joué par des instruments porteurs de dimensions symboliques, opérationnelles et relationnelles.

Schéma 2 Chemin de la thèse

Chemin de la thèse



PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

« Il n'est le disciple de personne. Les autres ne servent qu'à le faire prendre conscience de soi. Il est l'inverse de Socrate. Celui-ci ne voulait qu'accoucher les autres, lui ne se sert des autres que pour accoucher de lui-même. »

Conche (2007 :74)

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

Cette première partie est consacrée à la compréhension de notre cadre à la fois théorique et épistémique. La connaissance sera élaborée, le terrain sera construit, sur la base des travaux de celui que l'on nomme le psychosociologue des organisations (Vidaillet, 2003). Nous situerons dans un premier temps son travail à la lumière des théories qui ont en partie nourri la richesse de sa pensée (Laroche 2003) : le pragmatisme (Partie I, §1.1) et l'interactionnisme symbolique (Partie I, §1.2). Nous entrerons alors dans le domaine des sciences de gestion avec la lecture des phénomènes organisationnels donnée par Weick. Nous regrouperons dans un tableau (Partie I, § 2) les variables, les propriétés et les outils conceptuels dont l'étude a permis l'élaboration du CareHolder. Après un bref panorama des travaux des auteurs qui se sont à leur tour emparés de la théorie du sensemaking (Partie I, §3) et en soulignant que ces travaux se sont principalement focalisés sur des éléments du processus incarnés dans un point précis de l'organisation, nous nous intéresserons au rôle particulier du sensegiver (Partie I, §4). Nous présenterons alors les questions de recherche que nous nous sommes posées pour contribuer à la connaissance et expérimenter la mise en œuvre d'un dispositif réunissant les professionnels des secteurs social, médical, médico-social ainsi que toutes les personnes concernées par le vaste champ de la santé (malades, bien-portants, citoyens, associations, municipalités, institutions), (Partie I, §5). Nous proposerons un schéma susceptible de montrer comment nous mettrons en œuvre le processus de création collective de sens sur notre terrain (Partie I, §6).

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

Avant de nous engager dans la voie de la promulgation et du déploiement d'une organisation à partir de la théorie Weickienne du sensemaking, nous allons tenter une compréhension de l'interactionnisme symbolique, fondement et visée de l'approche Weickienne (Koenig, 2003 : 16). Nous aborderons alors ensuite la théorie développée par le psychosociologue des organisations (Vidaillet, 2003) afin de comprendre *quand, comment, pourquoi*, les gens construisent du sens, les conséquences de ce processus sur leur compréhension de la situation, les répercussions de cette réflexion sur leurs comportements et les impacts de ces derniers sur l'environnement.

1 Un positionnement épistémique : l'Interactionnisme Symbolique

Comment passer d'une action individuelle à une action collective ? A l'opposé des injonctions, des « plans » et incitations de tous ordres (financières, organisationnelles, législatives...) émanant des politiques publiques, pour parvenir à faire coopérer les différentes parties prenantes du soin, Weick (1979 ;1993 ;1995 ;2009), nous ouvre sur une nouvelle manière de poser les problèmes organisationnels (Koenig, 2003). Sa lecture du social s'inscrit dans la lignée de l'influence interactionniste. Dans cette partie, nous projetons d'explorer ce courant porté par l'École de Chicago, qui occupa les champs de la psychologie sociale, de la sociologie et de la philosophie (Mead, 2006) avant d'entrer avec Weick dans le domaine des sciences de gestion. Un détour par la compréhension de la constitution historique de l'Interactionnisme Symbolique (désormais IS) nous amènera sur les terres du pragmatisme (James 1916 ;2011 ; 2014), (Dewey, 1967; 2004); (Peirce & Deledalle, 1978); (Tiercelin, 1993) avant de retenir les grands axes théoriques de l'interactionnisme qui ont nourri la théorie Weickienne.

1.1 Le pragmatisme

Pour celui que Durkheim considère comme le véritable père du pragmatisme (Durkheim & Cuvillier, 1955), le philosophe, psychologue, médecin, naturaliste, William James, la question n'est pas tant de savoir ce qui est vrai ou ce qui ne l'est pas, mais de repérer quelles conséquences pratiques auraient telle considération, plutôt que telle autre (James, 2011:113). Il reprend dans un article intitulé « conceptions philosophiques et résultats pratiques »¹⁶ l'expression « pragmatisme », que son compatriote et collègue, le chimiste, mathématicien, astrophysicien, C.S. Pierce prononce dans une conférence, puis décline, en exposant la méthode sans toutefois en écrire le nom, dans un article intitulé « *comment rendre nos idées*

¹⁶ Philosophical conceptions and practical results réimprimé dans The Journal of Philosophy, tome1, p. 673-687 (dée. 1904), sous le titre *The pragmatic method*.

claires »¹⁷ en janvier 1878. A cette date, la maxime du pragmatisme qu'il propose, peut se résumer dans le fait que pour définir un objet il faut en passer par l'ensemble de ses effets. Pierce verra cependant des divergences entre « son pragmatisme » et celui de James (Tiercelin, 1993), (Cometti, 2010). Mais notre objet n'est pas tant d'entrer dans le débat des différentes controverses et malentendus variés dont le pragmatisme a fait l'objet, que d'en retenir ce qui nous permettra de comprendre et de repérer quelles influences il aura sur la théorie du Sensemaking.

Dans un cours inédit prononcé à La Sorbonne en 1913-1914 et restitué par Armand Cuvillier d'après des notes d'étudiants (*op cit.*) Durkheim voit dans cette philosophie américaine un sens de la vie et de l'action qui lui est commun avec la sociologie, mais aussi un véritable assaut contre la raison remettant en cause toute notre tradition philosophique et notre culture nationale essentiellement rationaliste. En effet, cette réflexion sur la vérité renverse tout un système cartésien où l'on fait éloge de la raison, de l'enseignement du déjà connu, l'explication de ce qui est déjà passé, au profit d'une conception expérimentale privilégiant l'autonomie, l'expérimentation, une démarche active, une capacité à apprendre en découvrant l'environnement, tournée vers l'avenir.

1.1.1 Vérité, connaissance, réalité, expérience

Le pragmatisme considère donc que toutes nos idées, nos conceptions théoriques, doivent être évaluées du point de vue des pratiques, des conduites, des actions auxquelles elles mènent. Ici, pas de phrases définitives, de grilles de lectures donnant des clés pour tout et en dehors de tout contexte empirique particulier. Simplement une méthode qui n'affiche ni dogme, ni doctrine (Tiercelin, 1993). Ici pas de vérités éternelles. Seulement des assertions garanties par l'expérience, les épreuves, les enquêtes, les tests (Dewey, 1967), dans des contextes donnés. Toutes pensées, idées, significations, conceptions, notions, théories, systèmes ont une utilité dans la résolution de problème, la levée d'incertitudes, la compréhension d'une complexité et ne vaudront que s'ils réussissent dans leurs missions (en rapport aux objectifs), dans le fruit de l'œuvre accomplie. Ils seront alors, justes, bons, fiables, et donc « vrais ». L'hypothèse vraie est celle qui marche. La vérité est une idée qui est vérifiée. Les idéaux ne valent que s'ils réussissent (Dewey, Rorty, & Di Mascio, 2014). L'expérience est un moyen de vérifier l'abstraction. La connaissance et l'expérience forment un tout... Toute connaissance est

¹⁷ *How to make our ideas clear, dans Popular science Monthly, vol. XII, p. 286-302.*

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

expérimentale et sa pertinence est mesurée par ses conséquences (Le Breton, 2012 : 9). Cette réflexion propose de s'attacher non pas à l'intention mais aux conséquences (Dewey et al., 2014). Le pragmatisme, défini par Durkheim (op.cit., p.18) n'est « *rien d'autre qu'une attitude, la tournure que doit adopter l'intelligence en présence des problèmes* ». Il reprend les mots de James qui résume qu'il s'agit d'une attitude qui consiste à diriger notre attention « *vers les résultats, les conséquences, les faits : la méthode pragmatique consiste à entreprendre d'interpréter chaque conception d'après ses conséquences pratiques* ». Dans ce système de pensée, non plus tourné vers le passé mais où les conséquences prévalent, l'expérimentation est une invitation à aller plus loin. A partir d'expériences nouvelles, émergent des jugements rétrospectifs qui rapportent ce qui a été vrai (James 2011 :243 et suivantes). Ce dernier cite alors Kierkegaard¹⁸ pour montrer comment le présent éclaire rétrospectivement les processus antérieurs : « *pour vivre, il faut aller de l'avant, mais pour comprendre, il faut regarder vers l'arrière* ». Nous avons compris que le pragmatisme a pour combat de s'incarner dans le réel et le concret. Les théories, les différentes visions du monde, ne sont pas des solutions pour la résolution d'énigmes mais sont ramenées au rang d'instruments, de moyens qui permettent de s'adapter à la réalité, qui permettent une action sur le monde à un moment donné dans un contexte donné (James 2011 :119 et 121).

Le dualisme entre la théorie et la pratique, entre la pensée et l'action porte cependant à confusion. Il ne s'agit pas de jouer l'action contre l'idéologie, de dire que la pratique peut être intelligente sans être informée par la théorie, mais simplement qu'on ne peut pas évaluer nos systèmes d'idées indépendamment de la manière dont on les met en pratique. Si pour Durkheim op.cit. « *cette forme d'irrationalisme que représente le pragmatisme* » constitue un danger pour la culture française, en revanche pour Bergson, préfacier de l'ouvrage de James « *le Pragmatisme* » op.cit., loin de la dévaloriser, au contraire, le pragmatisme donne à la vérité pour critère son contact avec la réalité, le penseur américain voulant « *mener le peuple anglais dans la verte vallée de l'expérience en le détournant du désert aride de l'Absolu de la vallée d'à côté* » (Madelrieux, 2011 : 5).

Durkheim, op.cit., ramène la conception de la vérité dans ce paradigme à trois thèses essentielles : « *1°) la vérité est humaine ; 2°) elle est diverse et variable ; 3°) elle ne saurait être une copie d'une réalité donnée.* » (p.44).

¹⁸ D'après un article de Harald Höfding (« A Philosophical Conception », Journal of Philosophy, Psychology, and Scientific Method, 2 (1905 : 86).

1.1.2 Une conception pluraliste du réel

Le Breton (2012 :11) précise que pour James, la chose en soi n'existe pas, pas plus qu'une Vérité Unique. Le monde n'est pas donné, il est interprété. Il existe une « *multitude de regards des individus sur des choses dans la concrétude de leur relation avec le monde* ». Les croyances sont ainsi soumises à l'épreuve de l'expérience et celles qui ont fait leurs preuves représentent le « *sens commun* », faisant de nous les auteurs authentiques de la réalité.

Tout l'enjeu de la démocratie pour Dewey, (2005) est de collectiviser l'expérience des individus, de développer les potentialités de leurs expériences et de le faire en commun.

James s'interroge sur l'attachement à une façon de penser « *ultramontaine* », « *une Vie, une Vérité, Un amour, Un Principe, Un Bien, Un Dieu* » (James 2011 :189). Et se faisant, il nous ouvre sur une autre façon de considérer cette Unité. Pour le philosophe, la vie ne peut se traduire en concepts, par nature, elle change continuellement. Notre expérience n'est pourtant pas incohérente, « *elle nous présente des choses et des faits, elle nous montre des parentés entre les choses et des rapports entre les faits (...), les relations sont flottantes, les choses sont fluides (...) la réalité n'apparaît plus comme finie ni comme infinie, mais simplement comme indéfinie* ». (Bergson & Worms, 2011:3). Les parties du tout sont liées entre elles par certains rapports tout en demeurant distinctes, indépendantes, autonomes. Il ouvre ainsi la voie à la contingence. La compréhension des relations entre les divers éléments de la réalité est tout aussi importante que leur connaissance prise isolément. Ainsi pour James ce qui est important ce n'est pas la variété ou l'unité mais la totalité (James 2011 :174).

1.1.3 Pensée, croyances, action

Pour James (2011) la pensée n'est pas substance, elle est mouvement. A la question pourquoi pensons-nous, Pierce répond, *parce que nous doutons*. Le doute engendre l'idée. L'idée ne possède plus ce statut « *intérieur* » cartésien indépendant de la réalité extérieure. En l'absence de doute, pas de nécessité de *sélectionner* les idées. Le principe d'individuation des idées n'est plus comme pour Descartes l'apanage de la seule pensée mais est fondé sur les « *différents modes d'action auxquels elle donne naissance* » (Cometti, 2010 : 65). Nous pensons pour sortir de nos doutes. Le doute est un état inconfortable qui nous pousse à actionner une intelligence éprise de simplicité (Bergson & Worms, 2011), qui n'aura de cesse que de revenir à un état de croyance rassurant, un état de repos, un état d'équilibre. La définition que rapporte Cometti *op.cit.*, p.319/320 donne cet état de croyance comme

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

« *habitude d'action* ». L'acception qu'il donne au mot croyance est « *un contenu de pensée accompagné d'un acte d'adhésion qui enveloppe une prétention de validité* ». Les croyances sont des « *dispositions à agir, possédant une nature extrinsèque, fonctionnelle* ». Dans l'article de 1878 cité plus haut, Peirce dit que « *nos croyances sont des règles pour l'action* » et que « *pour faire apparaître la signification d'une pensée, il suffit de déterminer quelle conduite elle est susceptible d'induire* » (James op.cit., p.113) (Peirce & Deledalle, 1978 : 11). Dewey, (2004) s'intéresse à une acception dans laquelle pensée est synonyme d'opinion. Cette connaissance *supposée* réelle, *pré-jugée* car adoptée le plus souvent sans analyse de ses fondements et assimilée inconsciemment, est un filtre qui permet d'accepter le vraisemblable ou rejeter l'invraisemblable. L'idée « *impose des actes qui s'accordent avec la conception que l'on a des choses* » p.14.

Dans son ouvrage « *comment nous pensons* » (Dewey, 2004) voit dans cet acte de penser des « *processus secondaires cachés derrière chaque opération réfléchie* » op.cit., p.19 tels l'hésitation, la perplexité, le doute, l'état de confusion qui tient notre opinion en suspend et des investigations dirigées vers d'autres faits, dont la visée est d'identifier l'incertain, de confirmer ou d'infirmer la première opinion.

Il considère que dans la pensée il y a cinq étapes.

- 1) la pensée émerge lorsqu'il y a un problème à résoudre, une difficulté,
- 2) il s'agit alors de situer le problème,
- 3) de voir si une solution s'offre,
- 4) alors le raisonnement, un aller retour entre les suppositions et les faits, commencent, enfin,
- 5) c'est l'action, l'observation, l'expérimentation qui permettront de vérifier si l'hypothèse est bonne ou pas (op.cit., p.99).

Nous retiendrons l'image de la « *pelote de vérité* » de (James, 2011 : 245). Les croyances nous poussent à agir, nos actions génèrent des faits nouveaux qui modifient en retour nos croyances : « *les vérités émergent des faits mais elles replongent au sein des faits et s'ajoutent à eux, lesquels à leur tour créent ou révèlent une vérité nouvelle...* ».

1.1.4 Perspective sémiotique

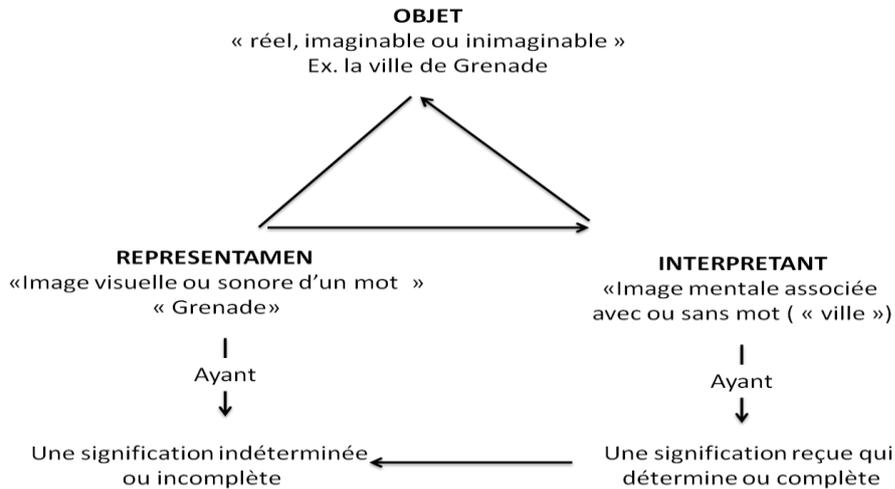
Pour Peirce, comme nous l'avons vu pour James, nous nous situons sur un plan strictement phénoménal (Tiercelin, 1993a : 44). Le rapport au monde d'un individu se manifeste au travers de signes qui déclenchent la pensée (Le Breton, 2011). La réflexion sur le réel est marquée par le rejet de la certitude et la découverte de la nature sociale de toute signification. Il porte une doctrine « *la sémiotique* », autre nom de la logique, sémiologie de la communication (Peirce & Deledalle, 1978:214-215), qui englobe à la fois des signes linguistiques et non linguistiques, naturels ou artificiels où *signe* désigne « *tout ce qui communique une notion définie d'un objet, de quelque façon que ce soit* » et qui « *s'adresse à quelqu'un, c'est-à-dire crée dans l'esprit de cette personne un signe équivalent ou peut être un signe plus développé* ». Tout ce jeu qui consiste à émettre, recevoir, interpréter et renvoyer des signes n'est pas « *purement mental ou syntaxique, il est pragmatique* ». Et la fonction du signe n'est pas uniquement matérielle ou représentative, elle réside dans sa relation avec une pensée (Peirce & Deledalle, 1978 : 23/226). Une entité n'est pas signe uniquement parce qu'elle renvoie à un objet, elle est signe parce qu'elle renvoie à la fois vers un objet et un interprétant et transmet une demande d'interprétation à l'avenir (Olivier, 2013). C'est donc une relation triadique : « *un signe est relié sous un certain aspect à un second signe, son objet, de telle manière qu'ils mettent en relation une troisième chose, son interprétant avec ce même objet et ainsi de suite ad infinitum* » Tiercelin (1993) op.cit. p.65. L'auteure, nous précise (p45) que ce fut le concept de représentation qui s'imposa au début de la réflexion de Peirce. Il cèdera plus tard le pas au profit de signe, « *signe : quelque chose qui est mis à la place d'une autre chose pour un esprit*» (p66).

Deledalle (Peirce & Deledalle, 1978 : 229), explique cette relation triadique entre un signe nommé représentamen c'est-à-dire « *quelque chose qui tient lieu de quelque chose sous quelque rapport ou à quelque titre* » qui s'adresse à quelqu'un et crée dans l'esprit de cette personne un signe équivalent ou plus développé, que Peirce appelle interprétant du premier signe et qui tient lieu de son objet en référence au *fondement*¹⁹(c'est-à-dire ce qui justifie ou détermine l'interprétabilité) du représentamen. Le représentamen étant défini comme ce à quoi l'analyse s'applique lorsqu'on veut découvrir ce qu'est le signe (Peirce & Deledalle,

¹⁹ Nous retrouvons ici une intention phénoménologique ou « expérience » est « subjectivation » et ou sujet est entendu dans un sens fort et ancien « ce qui dans le recouvrement se dépose et se retient comme fond (hypokeimenon subjectum, « ce qui gît au fond ». (Desanti, 1994)

1978) op cit., p.212 et suivantes. Deledalle schématise la relation triadique entre un objet, un représentant et un interprétant ainsi p.229 :

Schéma 3 Relation triadique



Dans sa théorie des signes ou sémiotique, il décrira trois catégories phanérosopiques²⁰ en les faisant correspondre à un type de représentation. La priméité est associée avec les ressemblances (icônes)²¹, la secondéité avec les indices ou signes (dont la relation est une correspondance de faits)²², la tiercéité avec les symboles ou signes généraux qui ont pour effet d'être interprétés comme signifiant cet objet. Ceci pour indiquer que tout signe met en jeu de la signification, « exécute une intention » mais en des sens divers selon qu'il soit icône, indice ou symbole (Peirce & Deledalle, 1978 : 214).

Pierce indique trois conditions à la présence d'un signe :

- 1) il doit avoir « *des caractères qui nous permettent de le distinguer d'autres objets* »,
- 2) on doit pouvoir repérer une relation causale de l'objet au signe ou du signe vers l'objet,
- 3) il doit s'adresser à l'esprit. Le signe, indice artificiel, sera produit pour fournir une indication précise (Peirce & Deledalle, 1978 : 214).

²⁰ « La phanérosopie ou étude des phanérons ou phénomènes est la description de ce qui est devant l'esprit ou la conscience, tel qu'il apparaît, que cela corresponde à quelque chose de réel ou non et est réparti en 3 catégories priméité ou catégorie du sentiment, secondéité ou catégorie de l'existant (hic et nunc), tiercéité ou catégorie de la généralité de la loi, de la pensée médiatrice » (Peirce & Deledalle, 1978), p10

²¹ « l'icône se rattache à l'objet par ressemblance ou si l'objet est une qualité par exemple il peut s'y rattacher en l'incarnant ou en l'exemplifiant » explique Tiercelin p67

²² Tiercelin *op. cit.*, dans ce cas prend l'exemple de la fumée qui est un *effet* du feu

Il a pour intention de « réveiller d'autres formes symboliques » qui même si elles n'atteignent pas l'ambition de *rassembler*, ouvrent quand même sur un « *espace de recouvrement de l'écart* » (Desanti, 1994 : 24/25).

Principe de liaison « le signe est un lien » (Tiercelin, 1993, op.cit., citant Pierce, p.61) et de communication il devient ainsi un « *outil de transformation du monde* » (Le Breton, 2012:10).

1.1.5 Expérience immédiate et cognition

Ici, nous laissons les « *inoffensifs habitués de l'introspection qui croient qu'il existe des certitudes immédiates* », par exemple « *je pense* » ou, comme c'était la croyance superstitieuse de Schopenhauer, « *je veux* », comme si dans ce cas la connaissance réussissait à se saisir de son objet dans un état pur et nu, en tant que « *chose en soi* », sans falsification du côté de l'objet, ni du côté du sujet (...)» (Nietzsche, 1988 : 46).

Kant (Guillermit & Fichant, 2008) remarque que pour nous puissions penser, donc concevoir des objets (un cube, un morceau de cire...), nous devons pouvoir réunir par notre esprit l'ensemble des perceptions, de nos intuitions sensibles, par lesquelles cet objet nous est donné. Notre esprit tente alors d'interpréter les sensations qu'il reçoit. Toute pensée d'un objet, quel qu'il soit, fonctionne selon le même schéma : nous en réunissons divers aspects (sensations, idées, qualités, propriétés, prédicats, attributs) sous un seul concept. Pour Kant la condition logique d'un tel acte, marque l'existence d'un principe d'unité, conscience de soi et permanence du moi au cours du temps. Le "Je pense" doit pouvoir accompagner toutes mes représentations : c'est la condition logique de la constitution des objets par l'esprit.

C'est ainsi qu'un morceau de cire, quelle que soit sa forme reste cire pour nous... Merleau-Ponty nous invite à la pensée phénoménologique en alliant d'un côté la prise en compte réflexive de la conscience et de l'autre l'ordre de l'expérience et du vécu. La réflexion n'est pas celle d'un être délié du monde. Il refuse l'opposition de la pensée classique entre l'intériorité « *res-cogtans* » et l'extériorité la « *res-extensa* ». De même, il réconcilie corps et esprit. Le corps n'est plus le tombeau de l'âme comme il peut l'être pour Foucault (2009), mais est le lieu de fécondité de l'esprit. Dans un extrait des Causeries d'octobre 1938 (Merleau-Ponty, 2002), parlant de la colère, le philosophe illustre que « dans ce monde conquis par le composé corps-âme toute chose est d'abord pour nous une signification » (Bonan, 2010 : 20). En posant à la fois que la colère que l'on présente à un interlocuteur est incomplètement identifiable aux gestes qu'on lui présente mais qu'elle ne peut cependant pas

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

faire fi de ces même gestes, il pose qu'elle est de l'ordre du sens. Un sens qui rassemble une diversité de gestes dans une intentionnalité qui est interprétée (au sein d'une même culture) comme relevant de la colère. Ce qui est « *visible* » comporte des « *articulations* » qui emportent la « manifestation » et qui font que nous pouvons construire la partie « *invisible* » et ainsi reconnaître « ce qui nous apparaît ». L'invisible pour Dupond, (2007), c'est le sens. Le travail de culture consiste à porter de façon plus précise, plus « *articulée* » cet invisible ou ce sens. L'invisible n'est ainsi pas ce qui est invisible pour un sujet, mais qui serait visible d'ailleurs. Il est sens à la manière où un cube ne présente jamais que trois faces... Pour l'auteur comme l'« *invisible* » hante le « *visible* », le « *sens* » hante le « *perçu* ». La création de sens serait cette tentative de recueillir le sens. Elle visite les manifestations du monde pour en donner une expression plus complète, achevée, saisissable par notre intelligence. La « *res-cogitans* » et la « *res-extensa* » ne sont pas opposées mais enveloppées, enchâssées dans un monde où le voyant est vu, le touchant-touché (Dupond, 2004).

En 1946, Alain²³, écrivait p.31 « *qu'un soldat, voyant sur le sable l'empreinte du pied d'un cheval, sera conduit de là à penser au cavalier, puis à la guerre, tandis que le paysan sera conduit, par cette même perception, à penser à la charrue et au champ* ». Nous avons abordé dans les paragraphes précédents l'importance pour l'action des présupposés, des croyances, des notions préexistantes. Par cette pensée du philosophe nous voulons illustrer la perception de la réalité telle qu'elle est vécue par les acteurs dans ce courant de pensée. Et Schutz, (1998 : p.28 à 35), rappelle également que pour James, le phénomène que nous percevons n'est pas « isolé ». C'est plutôt un champ de choses multiples en relations et entremêlées qui émerge dans notre flux de pensée. Enchâssement d'expériences claires, de vagues conjectures, de suppositions d'évidences bien établies, « *motifs et fins, aussi bien que causes et effets sont enchaînés ensemble sans compréhension claire de leurs connexions réelles* ». (Schutz, 1998) *op.cit.*, p.33. Nous sommes gouvernés par des suppositions. Elles nous comblent, pour peu que nos buts soient atteints. Elles deviennent habitudes, règles et principes, pour peu qu'elles soient reproductibles. La régularité vaut bien la certitude. Nous appréhendons la vie quotidienne par le biais de la *vraisemblance (likelihood)* et nos actions « sont accomplies en

²³ Edition électronique réalisée du livre d'Alain (Émile Chartier) (1946), Spinoza. Paris : Éditions Gallimard, 1949, 186 pp. Collection idées, nrf. Un document produit en version numérique par Mme Marcelle Bergeron, Professeure à la retraite de l'École Dominique-Racine de Chicoutimi, Québec et collaboratrice bénévole.

<http://www.spinozaetnous.org/document-print-63.html>

suivant des recettes réduites à des habitudes automatiques » op. cit., p.35. Ce comportement quotidien est-il bien *raisonnable*? La routine est-elle une action rationnelle? La routine sévit à l'intérieur de cadres, de structure. Elle est standardisation et mécanisation de nos actions. (Mead, 2006 : 34), appelle « expérience immédiate » ou « conduite immédiate », cette conduite organisée en l'absence de cognition. Objets et expériences ne sont pas questionnés ; ils sont simplement là. « *Les hommes s'arrêtent et pensent seulement lorsque la séquence du faire est interrompue, la disjonction dans la forme d'un problème les contraint à s'arrêter et à répéter les voies alternatives que suggère leur expérience passée dans la confrontation à ce problème* » Schutz op.cit., p.39. Arrivent alors le doute et le questionnement. C'est à partir de ce moment que le « *monde devient objet de connaissance* » (Mead, 2006) op.cit., p.34 et il voit dans la cognition déclenchée par la chose problématique un « processus d'enquête ». Ici, vont intervenir des « *symboles significatifs* », on va « *identifier des entités* », « *établir des relations* », « *procéder à des inférences* ». Plusieurs voies vont être examinées, avant de procéder à une *sélection*. L'issue sera un « *jugement* » à partir duquel l'action sera relancée dans un environnement « *reconstruit* ». Comment la sélection s'opère-t-elle? Comment délibère-t-on?

Nous retiendrons de cette analyse du mécanisme du choix parmi des projets d'action, la prise en compte de l'*intérêt* de l'acteur au moment de l'étape de la *sélection*, de la *finalité* recherchée comme stimulus pour la *délibération*, de sa *situation biographiquement déterminée* (p.86) qui motive le processus de sélection rendant certains éléments pertinents au regard de son intention. Nous comprenons qu'ici, nous devons considérer que l'espace pour accueillir les doutes et pour nourrir les questionnements est un monde « *allant de soi* » construit sur la base de croyances, d'opinions et de suppositions.

1.1.6 Conclusion de la partie :

Nous avons présenté quelques concepts clés d'un courant philosophique qui a influencé l'Interactionnisme Symbolique, dans lequel s'inscrit la théorie Weickienne. Nous tenions, avant d'aborder plus avant notre cadre théorique, à préciser les sources du champ de connaissance dans lequel nous construisons notre projet de recherche. Un champ conséquentialiste, une dynamique téléologique, dans lesquels le monde n'est pas une donnée constante et ordonnée mais se déploie signitivement et où l'expérience est une subjectivation.

1.2 L'interactionnisme symbolique

Après avoir évoqué le courant pragmatique et l'influence de Pierce, James et Dewey et avant d'entrer plus en avant dans l'approfondissement des concepts portés par l'IS pour appréhender la théorie Weickienne, nous allons nous arrêter sur un philosophe et sociologue allemand qui propose d'élaborer l'ontologie des phénomènes sociaux à partir des activités interagissantes des hommes, Georg Simmel. La sociologie de Simmel préfigure l'IS. Robert E. Park et William C. Thomas en donneront les premières formulations et G. H. Mead lui confèrera sa matrice théorique (Le Breton, 2012 : 4). Simmel prend un angle d'approche particulier pour étudier les moyens de vivre ensemble. La société c'est « *là où il y a action réciproque de plusieurs individus* » (Simmel, 1999 : 43). Pour le philosophe qui voulait déceler dans chaque détail de la vie le sens global de celle-ci, tous les domaines de la vie trouvent leur origine et leurs fondements dans les interactions entre individus (Vandenberghe, 2001). Ce dernier nous explique que pour Simmel, « *la société n'est pas une substance concrète, mais un processus d'associations, c'est-à-dire un processus continu et créateur d'interactions spirituelles entre les individus, les reliant les uns aux autres* » p.35. Et là se situe le principe de l'interaction pour Simmel. Son domaine de recherche porte sur la concrétude *des relations interindividuelles* et est à l'origine de la sociologie formelle. La sociologie est pour Simmel une méthode. Il va étudier les *formes de socialisation* qui font la société en structurant les interactions entre individus et les *contenus de socialisation*. La forme touche à l'être social et le dépasse. La forme est un modèle à travers lequel se lit la réalité sociale (Vandenberghe, 2001). Le contenu de socialisation représente tout ce que les individus recèlent « *comme pulsion, intérêt, mouvement, tendance, états et mouvements psychologiques, pouvant engendrer un effet sur l'autre, ou recevoir un effet venant des autres.* » (Simmel, 1999). Il propose pour percer les mystères du social de partir de l'unité constitutive la plus petite de cette réalité : l'individu. Simmel, Vieillard-Baron, Joly, & Simay, (2013) s'intéresse au caractère situé des interactions sociales et à leur contexte matériel. Dans son essai « *Les grandes villes et la vie de l'esprit* » (Simmel et al., 2013) il réfléchit sur la façon dont les actions réciproques des hommes sont modelées par leur environnement physique et matériel. La ville est un creuset de transformation « *d'expériences sensibles* » et de « *mentalités* » p.7. Il montre aussi, dans l'essai intitulé « *sociologie des sens* », en s'appuyant notamment sur l'importance du regard, qu'une partie des interactions repose sur les sens. En effet Simmel est un des premiers à signaler que dans l'interaction l'individu réagit avec sa sensorialité et/ou avec son intellect.

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

Nous retenons que la société est considérée comme un système d'interaction général (Modernité de Robert Ezra Park, 2008 : 24), les faits sociaux ne sont pas des « choses » extérieures aux consciences individuelles (Vandenberghe, 2001 : 42). L'association est un phénomène dynamique « *elle se fait et se défait constamment (...), et elle ne se refait à nouveau parmi les hommes dans un éternel flux et bouillonnements qui lient les individus, même là où elle n'aboutit pas à des formes d'organisation caractéristiques* » (Vandenberghe, 2001 : 43) citant (Simmel, 1999 : 33).

1.2.1 L'école de sociologie de Chicago

Pour comprendre ce qu'est l'IS, Le Breton (2012), nous invite à nous intéresser à l'école de sociologie de Chicago. Elle est, selon lui, la matrice de l'interactionnisme symbolique. Cette école date du début des années 1915 et finit vers 1940. Elle prend naissance dans une ville laboratoire, une ville tentaculaire, une mosaïque sur le plan social et culturel où se côtoient la misère des migrants et la richesse des populations nanties. Une ville, où la criminalité est incarnée par Al Capone... Notons toutefois que s'il est reconnu, le terme « d'école », attribué rétrospectivement, apparaît inapproprié au regard de l'hétérogénéité des sensibilités qu'elle regroupe. Trois concepts majeurs cependant caractérisent les domaines d'étude de cette école : l'assimilation des étrangers au sein d'un pays, l'organisation de la ville et la criminalité. Le Breton *op.cit.* y situe la naissance de la sociologie de terrain, des études empiriques. Coulon, (2012) indique qu'ici l'acteur social est *interprète* du monde qui l'entoure. Ici, les sociologues plaident pour le recueil des significations vécues et pour les relations interindividuelles. Ils ne prétendent pas fonder des vérités, mais ont conscience que tout est circonstanciel, que le savoir agit et rassemble les acteurs (Le Breton, 2012). Ce mouvement recense plusieurs notions que nous avons souhaité approfondir avant de les retrouver dans la théorie du Sensemaking.

1.2.2 Le Self et l'Autrui Généralisé

Céfaï et Quéré en introduction de l'ouvrage de Mead « *l'Esprit le Soi et la Société* » (Mead, 2006), voient dans l'empreinte pragmatiste le dépassement des courants idéalistes de l'époque et mettent en avant une figure où pensée et pratiques, action et connaissances sont intrinsèquement liées. Un ensemble où des consciences sont engagées dans un environnement où les conversations sont médiatisées par des symboles signifiants. Une totalité dynamique où un stimulus en liaison avec ce qui prédispose et préoccupe un organisme dans une interaction

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

avec un environnement particulier entraîne une réponse déjà présente dans celui-ci et résulte de l'expérience passée ou d'une tendance à se comporter. Ils expliquent le Self comme étant une « *sorte de rapport entre sujet et objet à l'intérieur d'un même organisme* ». Ils rappellent que pour Cooley le Self serait « *l'ensemble des idées, des représentations ou des conceptions qu'un individu a de lui-même* » (Mead, 2006) *op.cit.*, p.49. Cependant, il ne s'éprouverait pas soi-même directement mais en se plaçant *du point de vue des autres membres de son groupe social* ou en endossant le point de vue généralisé de tout groupe social auquel il appartient (Mead 2006), *op.cit.*, p.210. Le Breton nous en donne une illustration en évoquant un texte de Cooley, (*The production of reality*, 2010) qui part de la rencontre que l'individu fait avec sa propre image dans le miroir « *looking glass self* » et la décline selon trois niveaux:

« De la même manière que nous regardons notre visage, notre silhouette ou notre habillement dans le miroir et qu'ils nous intéressent parce qu'ils sont nôtres, qu'ils nous plaisent ou non en fonction de leur correspondance avec ce que nous aimerions qu'ils soient, nous projetons dans l'esprit des autres des pensées au sujet de notre apparence, nos manières, nos objectifs, nos actions, notre caractère, nos amis..., et sommes affectés de façon variable par cette attribution.

Cette idée semble être constituée de trois éléments principaux: nous supposons qu'il existe en l'autre des pensées concernant notre apparence; nous imaginons le jugement qu'il fait de cette apparence, et nous associons à ce jugement des émotions comme par exemple de la fierté ou de la honte. La comparaison avec un miroir évoque le deuxième élément, le jugement imaginé des autres, qui est assez fondamental. » (Le Miroir de Soi, Charles Horton Cooley, p 126)²⁴

Ainsi, le premier temps consiste à percevoir sa propre apparence. Dans le deuxième temps l'individu émet une interprétation du jugement des autres sur cette apparence -il adopte la perspective de l'Autre « *il prend les attitudes de l'Autre envers lui-même dans un environnement social, dans un contexte d'expérience et de conduite où tous sont engagés* (Mead 2006), *op.cit.* p.210; enfin le troisième temps consiste à porter son propre jugement sur ce « jugement ».

Joas (*op.cit.*) rapporte que Mead dépassera cette conception qui limite la société à un réseau de représentations subjectives propres à chacun de ses membres. Il retiendra toutefois le

²⁴ Traduction libre

sentiment de soi de l'individu (self), qui s'élabore au sein de groupes primaires (famille, entourage proche, pairs), dans lequel il fait *l'expérience de la relation* et intériorise le jugement des autres dans un « *Autrui généralisé* », qui se constitue progressivement et émerge dans le processus de l'expérience sociale et de l'activité sociale. Ceci rappelle aussi le souci du regard des autres et que chacun de nos comportements est susceptible d'être jugé.

1.2.3 L'interaction

Nous avons vu que la sphère interactionnelle émerge de la rencontre dialogique des consciences (Vandenberghe, 2001: 43). Le processus social est un enchevêtrement permanent de l'homme et de la société dans des liens qui naissent de la projection que les individus font de leur relation avec le monde, de leurs interactions avec les autres. Pour les interactionnistes, l'individu se construit dans ses relations avec son environnement. L'interaction représente la série d'évènements qui se produit, lors et en vertu, des contacts entre personnes dans un lieu. Vandenberghe (*op. cit.*) évoque la pensée de la dualité chez Simmel, pour qui tous les éléments, mêmes les plus opposés se complètent et se dissolvent en relations. Chaque principe ne peut exercer sa fonction qu'en entrant en relation avec les autres : « *le réel est relationnel* » (p. 20 à 23). Les processus d'interaction par lesquels les individus entrent en contact *avec, pour ou contre* les autres et l'« association » qui forme une sorte d'« unité », représentent la société entrain de se faire (p.42). Enchevêtrement de manifestations verbales et non verbales, les interactions engendrent des comportements, des « lignes de conduite » (Goffman, 1974). Elles sont alors objectivées dans des structures plus grandes telles que l'État, l'Église, les groupes d'intérêts et forment alors la société.

Pour l'illustrer, nous reprenons les propos du sociologue (Shibutani, 1961), (in Mental research institute, Palo Alto, Watzlawick, Weakland, Gheerbrant, & Giribone, 2004 : 23) :

« Le propre de la perspective interactionnelle est de soutenir que la nature humaine et l'ordre social sont des produits de la communication (...) A propos de toute conduite, on considère que la personne suit une ligne directrice qui s'élabore en fonction d'une transaction entre des êtres indépendants qui s'adaptent les uns aux autres. Plus encore, la personnalité humaine - soit les modèles de comportements distinctifs qui caractérisent un individu donné- se développe et se confirme jour après jour dans l'interaction de l'individu et de ses partenaires. »

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

Nous soulignons l'importance du caractère processuel, non figé de ces interactions qui sont assimilées à des liens, qui en se créant ou en se dissolvant, rassemblent ou séparent les individus dans un mouvement perpétuel. De plus, ces relations ne sont pas univoques : « *la société est un ensemble d'individus liés entre eux par des actions réciproques* », (Simmel, cité par Le Breton (2012 : 5)).

Le partage des significations au travers des interprétations mutuelles met en œuvre un processus continu d'ajustements qui font ou défont les liaisons entre les hommes et entre les hommes et le monde. L'accent est mis à la fois sur les échanges et sur les identités personnelles.

Nous allons tenter de comprendre les paramètres en présence dans l'interaction : l'Individu, l'Autre, les lieux et les circonstances, l'importance des relations humaines, les mécanismes impliqués à la fois dans l'échange entre individus, entre individu et environnement et aussi du point de vue de l'acteur (comment il perçoit et interprète les signaux émis dans son environnement). Nous allons brièvement présenter des notions qui nous paraissent pertinentes pour la compréhension du cadre théorique élaboré par (Weick, 1979 ; 1995) que nous retiendrons par la suite, à savoir la construction collective de sens à la base de l'action organisée et définir ce que les auteurs de l'École de Sociologie de Chicago entendent par « *interaction* », « *interactionnisme symbolique* », « *action réciproque* », « *communication* », « *autrui généralisé* », « *soi* ».

La réciprocité que nous avons évoquée plus haut, invite à s'interroger sur la reconnaissance des positions mutuelles, la reconnaissance de l'Autre, de l'environnement. En effet, si les hommes orientent leur comportement en fonction d'une compréhension réciproque, qu'est ce qui leur permet de comprendre, d'intérioriser le comportement d'Autrui pour donner naissance à la scène collective ?

1.2.4 Les remaniements du Soi

Joas (2007) *op.cit.* précise que l'identité personnelle, la notion de Soi est une sorte de matrice de toutes les identités qui sont contenues en nous et il explique que ce sont les circonstances qui vont les révéler. Chacun de nous est infiniment plus que nous ne sommes au présent, nous avons d'innombrables statuts, d'innombrables rôles, nous ne sommes pas les mêmes en fonction des interlocuteurs que nous avons devant nous et au fil du temps nous changeons. Le Soi, socialement construit et héritier d'une histoire est le résultat *provisoire* de l'expérience

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

acquise. Le Breton (2012) (*op.cit.*) rappelle que le cours de l'existence, les modifications liées à l'âge, aux changements de condition de vie, aux circonstances sociales exigent un remaniement de Soi. La notion de soi que va théoriser Mead est une espèce de matrice du remaniement de l'individu en fonction des circonstances. La perception des événements, les changements, *transforment la manière dont chacun de nous se met en scène*, en fonction des autres, pour être compris par eux et agir sur le monde. L'analyse de Mead consiste non pas à partir de l'individu agissant isolément mais à l'inverse, il part de l'activité sociale pour analyser la conduite de chacun des individus. Il fait le lien entre l'approche macro et individuelle à partir de la notion du soi comme étant une interaction entre les individus. (Joas, 2007 : 105).

Dans le cas de notre activité, l'Éducation Thérapeutique, nous serons amenées à revenir sur cet enchâssement de l'identité de l'individu et des circonstances. En effet, l'annonce d'une maladie chronique bouleverse le sentiment de soi de l'individu, de même que le statut de patient hospitalisé ou encore de patient pris en charge. De même, l'activité d'ETP, pratiquée telle qu'elle se fait, modifie le système d'interaction habituel soignant-patient. En sortant du domaine de l'« ordonnance », en adoptant une attitude empathique, elle reconnaît au patient la possibilité de lui transmettre une expérience nouvelle, originale, singulière. Il pourra ainsi l'assimiler et se laisser transformer par cette découverte.

1.2.5 Le paradigme interprétatif

Les significations que les acteurs attribuent aux faits priment devant leurs propriétés objectives. L'exemple donné par le philosophe Alain et cité plus haut est parlant, les acteurs ne réagissent pas à la « chose en soi » mais à l'*idée* qu'ils s'en font. Dans le paradigme interprétatif, le contexte n'est pas considéré comme un élément contraignant et extérieur à l'individu, qui détermine l'action, mais il est *interprété* (Le Breton, 2012). Pour Joas, (2007), Mead introduit la notion de *signification*. Lors des interactions, des *signes* sont échangés. Lorsqu'ils sont mutuellement partagés, ils forment une structure, un ensemble de règles, de codes : *le sens commun* et délimitent un univers de comportements connus. Les significations sociales sont ici considérées comme « *produites par les activités interagissantes des acteurs* » (Coulon, 2012) (citant H. Blumer, « Symbolic Interactionism, Perspectives and Method, 1969 : 5).

La construction de l'*idée* est, bien entendu, intimement liée à des caractéristiques personnelles: tempérament, expériences passées, éducation, réflexion. Mais pas

exclusivement. Elle n'est ni univoque, ni figée. Elle est circonstancielle et soumise à l'influence réciproque des individus les uns sur les autres (Koenig, 2003).

Ici, nous comprenons que la définition que le sujet fait de la situation est façonnée par les signaux qu'il perçoit et est à l'origine de son implication dans la situation. Dans la relation, dans l'action, au cours des échanges, il construit du sens et passe du statut de *sujet* à celui d'*acteur* interagissant. Nous retiendrons que *le sens est une pièce clé du construit social*. L'individu s'inscrit dans univers d'interaction ou toute attitude ou parôle suscite à son tour un comportement verbal ou non verbal.

1.2.6 L'action réciproque

« *L'individu en agissant avec les autres, détermine autant leurs actions qu'il est déterminé par elles* » Vandenberghe (*op.cit.* p.42).

Pour Mead « (...) *le comportement de l'un de ces êtres est pour un autre un stimulus à accomplir une action donnée, qui devient elle-même le stimulus d'une réaction du premier, et ainsi de suite, dans une incessante interaction (...)* » (Joas, 2007 :.93). Nous retenons ici que l'action d'un individu est à la fois une *réponse* et une *incitation* à l'action pour un autre individu.

Nous l'avons vu, le comportement des hommes est consécutif à la réflexion qu'ils mènent lors de leurs interprétations des signaux émis par l'environnement. La discussion ne porte pas sur la réalité en soi, mais sur la façon dont elle est perçue et interprétée. L'interaction entre l'homme et son environnement passe par des signes vecteurs de signification. Soulignons l'influence *pragmatiste* de cette école : l'univers ne se résume pas à des faits, c'est la signification que leur attribuera l'individu qui créera la *réalité*, car c'est à partir de cette signification qu'il agira, s'engagera et transformera l'environnement.

En effet, ces symboles ne revêtent pas une signification universelle. Ils sont examinés par des individus possédant des références sociales, culturelles et des capacités cognitives qui leurs sont propres et qui doivent s'ajuster à une situation. Plusieurs individus, jouant des rôles différents au sein d'une même activité, auront des pertinences motivationnelles et des points de vues très différents sur cette même activité (Goffman, 1991). Ainsi, l'auteur nous fait remarquer « *qu'à la question - qu'est ce donc qui se passe ici ? (p. 17) on court le risque de ne pas recevoir une réponse unique* ».

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

La richesse se trouve au cœur même des multiples sens portés sur les phénomènes et font du symbole, une marque porteuse de sens, mettant en relation, [étymologiquement jetant (*ballein*) ensemble (*syn*)], une *représentation*, un *objet* et un *interprétant*. Cette triade, nous l'avons vu, est selon Pierce, à l'origine du processus de signification (Roland, 1992), base de la trame sociale dans laquelle nous sommes amenés à comprendre ce qui nous arrive et nous faire comprendre des autres...

De plus, Joas (op.cit.), signale que pour Mead le processus d'attribution de sens n'a lieu que lorsque le symbole et ce qui est symbolisé sont représentés séparément, c'est-à-dire en dehors des situations routinières : la signification naît quand la situation nécessite une attention particulière du sujet pour sa propre action. Dans la vie quotidienne, des automatismes nous libèrent l'esprit. Mead situerait le psychique dans les moments où le résultat de l'action est incertain : « *là où surgit un problème pour l'action, une partie de notre monde se voit privée de son objectivité et désorganisée. Tout notre effort se porte alors sur une reconstruction de cette objectivité* » Joas, (op.cit. p.77). Nous reviendrons dans la partie suivante sur le développement de Weick au sujet de la dissonance, mais dans l'ETP, nous savons qu'il faut amener le patient à s'*interroger*. En posant des questions comme par exemple « *savez-vous pourquoi votre médecin ne vous a prescrit qu'un seul médicament [pour ce symptôme]* », on pousse le patient à sortir d'un système de croyances dans lequel il est confortablement installé et de sa passivité face au professionnel de santé.

Tout au long de son œuvre, nous verrons que Weick (1979 ; 1995) s'attache à montrer les conséquences de tels signaux sur l'organisation. Ainsi, dans les situations qu'il décrit il montre l'impact des signes, paroles, attitudes sur l'action collective. Dans l'incident de Mann Gulch, (Weick, 2003), le repas que le chef d'équipe et le garde forestier prennent dès l'arrivée, la photographie de la vallée que prend un des pompiers contribuent à endormir la vigilance des hommes et retardent la compréhension de la gravité de la situation (Laroche, 2003). Ces signaux viennent renforcer l'idée selon laquelle les pompiers s'attendaient à trouver un feu de 10H. Cette perception vient traduire leurs attentes et va avoir des conséquences sur leurs attitudes et leurs actes dans la suite de l'incident... Dès le début de son ouvrage, (Weick, 1979 :1) citant (Simons, 1976 :.29) rapporte la conversation de trois arbitres au sujet la signification qu'ils donnent à leur fonction :

« *L'histoire raconte que trois arbitres n'étaient pas d'accord au sujet des annonces des balles ou des prises. Le premier arbitre dit, « Je les annonce telles qu'elles sont. ». Le deuxième dit,*

« *Je les annonce telles que je les vois.* ». *Le troisième arbitre qui était aussi le plus malin dit,*
« *Les balles et les prises n'existent pas jusqu'à ce que je les annonce* »²⁵ .

Dans ce paradigme où le sens devient un élément du construit social, le concept de « réalité » sociale cède le pas à une « construction » sociale.

1.2.7 La communication

Communication est une notion vague et floue, un terme irritant et fourre-tout Bateson et al., (1984) utilisé de façon fort différente dans nombre de domaines. Il nécessite donc que nous nous l'appropriions au sein de notre cadre théorique.

(Bateson et al. 1984:13), rappellent que "Communiquer" ou "communication" apparaissent dans la langue française dans la seconde moitié du XIV^e siècle. Le sens de base « participer à... » est très proche du latin *communicare*: mettre en commun, être en relation. C'est seulement à partir du XVI^e siècle que le sens de « *faire partager une nouvelle* » apparaît. Ainsi communiquer commence à signifier transmettre. Au XVIII^e siècle partager passe au deuxième plan pour laisser la place à la notion de transmettre.

Digneffe & Pires, (2008:333) citent l'élève de Simmel à Berlin, Park. S'il écrit que « la communication permet aux individus de partager une expérience et de maintenir une vie commune », il reprend Dewey pour affirmer que « *La société n'existe que dans et par la communication et la transmission* ». Pour Park dans la lignée de Dewey, « *la communication implique une transformation des individus qui communiquent et cette transformation se poursuit sans cesse par accumulation d'expériences individuelles dans l'esprit des individus* » (Dewey cité par Park 1926 : 207).

Les auteurs mentionnent que dans « Introduction to the science of sociology » (1912), Park et Burgess définissent quatre formes d'interactions, entendues comme « *processus qui affectent les relations entre populations présentes sur le même territoire ou sur des territoires voisins* » : la compétition, forme d'interaction la plus répandue, ne relève pas de la communication et tend invariablement à créer un ordre collectif impersonnel dans lequel chaque individu étant libre de poursuivre ses propres fins, transforme autrui en moyens pour atteindre ses buts ; viennent ensuite le conflit, le compromis, et l'assimilation. Ces trois derniers relèvent de l'ordre moral et de la communication. Le conflit est entendu dans un sens

²⁵ Traduction libre

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

local et signifierait à chacun de quel droit il dispose, le compromis est une forme d'interaction qui permet d'anticiper les dissensions et évite les situations de conflit ouvert. Le compromis est ici défini par (Park Burgess, 1921 : 665) comme « *une organisation des relations sociales et des attitudes en pour prévenir ou réduire les conflits et maintenir l'ordre social entre des personnes et des groupes dont les intérêts sont divergents* ». L'antagonisme entre les parties se trouve durant un certain temps régulé. Enfin, l'assimilation est le point qui une fois atteint marque la fin des divergences et l'existence d'une compréhension mutuelle. L'assimilation étant considérée comme un processus de fusion et d'interpénétration.

Lorsque la communication est définie comme un échange de signification elle n'implique pas non plus la transparence des consciences elle est ambivalente, duelle. Nous sommes tout aussi susceptibles de travestir le sens de nos comportements et nous pouvons aussi mal comprendre la façon dont l'autre transmet le message.

Le fait qu'il y est un symbole montre qu'il y a un endroit, qu'il soit d'ordre sémantique ou qu'il soit un produit de l'imagination où les gens peuvent se comprendre. S'il y a un symbole un individu peut se mettre à la place de l'autre.

Joas explique dans son ouvrage (*op.cit.*) que Mead nous invite à prendre conscience du fait que nous ne communiquons pas seulement avec la parole mais aussi avec nos attitudes, nos gestes, nos mimiques. Dans son travail il définit la boîte à outils qui nous permet de comprendre les autres et de nous faire comprendre par les autres à travers les signes que les autres peuvent déchiffrer en tant que symbole. Le savoir a pour tâche de transformer le monde et faire en sorte que les autres puissent interagir.

Cela nous renvoie à la rencontre dialogique développée par (Bakhtine, 1998). Elle est à la base de la sphère interactionnelle. Stennett, (2013) rappelle que le mot « *dialogique* » désigne l'attention et la sensibilité à autrui (p.27). Cette ouverture sur l'autre s'accompagne d'une écoute attentive, de l'interprétation de leurs *propos* et tout autant de leurs *silences* et de leurs *gestes*. L'objet de cette rencontre ne se réduit pas à délimiter un « *terrain d'entente* » pour arriver en fin de compte à une « *intelligence commune* ». C'est plutôt une reformulation qui amène à réfléchir de nouveau, à procéder à un ajustement, une prise de conscience permettant l'enrichissement des compréhensions mutuelles.

Dans l'ETP, la reformulation est un point essentiel de la rencontre entre patients et soignants. Le soignant doit reformuler ce qu'il a perçu afin de s'assurer de sa bonne compréhension de la problématique de l'individu. La reformulation l'aide aussi à permettre au patient de clarifier ses émotions et ses perceptions. Elle amène le patient à verbaliser l'importance de tel ou tel point. Ici le soignant ne tente pas de persuader le patient de changer son comportement, mais plutôt de co-opérer pour que ce dernier trouve ses propres leviers d'évolution.

Nous concluons cette brève approche de la communication en notant qu'ici l'organisation n'est plus un réceptacle abritant entre autres des activités de communication mais que l'organisation est le produit des processus de communication. Il s'agit donc d'une activité structurante, transformante, créatrice de relations et d'identités (Giroux, 1994).

1.2.8 Qu'est ce que le sens?

Avant de nous appesantir un instant sur la notion de sens, nous souhaitons retenir une définition succincte de ce que représente le contexte. Dans un entretien avec Marc Dermott, Ray Birdwhistell l'entend comme « *un lieu d'activité dans un temps d'activité ; d'activités et des règles de signification de celle-ci* » (Bateson et al., 1984 : 293).

Nous allons maintenant tenter de faire un tour d'horizon d'une notion que nous avons évoqué en filigrane de cette présentation de l'interactionnisme symbolique, la notion de sens, avant d'entrer de plain-pieds dans notre cadre épistémique et théorique.

Au mot de sens se rapportent plusieurs niveaux de lecture. Le sens a une dimension sémantique, une dimension syntaxique et une dimension pragmatique. Traditionnellement, ces trois dimensions nous renvoient, au *sens* comme orientation à partir de laquelle nous traçons nos chemins, au *sens* comme sensorialité qui nous rapproche de notre perception, au *sens* comme contenu psychique d'un mot ou d'un texte, ou valeur objective d'un signe. En physiologie *sens* évoque les dispositifs de perception de l'information chez les animaux, dont l'homme. Si l'on se place du point de vue du linguiste, sens est synonyme de signification et exprime le contenu conceptuel d'une expression (mot, syntagme, phrase, énoncé...).

Le *sens* est synonyme à la fois de raison, de fondement, de justification, de destination, d'intention, ou de valeur. L'acception littéraire admet plusieurs niveaux de sens (large, strict, propre, littéral, symbolique...). Sa recherche renvoie à l'art de l'interprétation. Il en est ainsi dans la tradition juive, pour qui l'exégèse des textes se fait selon quatre niveaux d'interprétation : le premier PESHAT, représente le *sens littéral* du texte qui ne traite que du

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

monde sensible ; le second, REMEZ, traduit l'*allusion*, l'*insinuation* et consiste en un niveau plus élevé de l'étude ; le troisième le DERASH, renvoie à l'*interprétation figurée*, la parabole, la légende, le proverbe; enfin le dernier niveau, le SOD, *le Secret*, est le niveau ésotérique et traite de métaphysique. En hébreu, les initiales de chacune des premières lettres de ces « sens » s'unissent en un mot que l'on traduit par paradis...

Les mathématiciens, pour transmettre leur science, se sont rapidement aperçus que la seule maîtrise des techniques opératoires (que dans l'Éducation Thérapeutique du Patient, nous appelons savoir-faire) ne suffit pas à elle seule pour permettre à l'apprenant de réussir ses exercices... Les manuels des élèves s'ouvrent sur des *activités* qui favorisent l'appropriation du sens des opérations. Dans un ouvrage consacré à la profession d'enseignant, *Faire Construire des Savoirs* (Vecchi & Carmona-Magnaldi, 2008), les auteurs posent la question de ce qui donne sens aux activités scolaires : rattacher un enseignement à ce qui présente une utilité dans la vie, lui donner une dimension symbolique ou affective, ou le rendre valorisant ou gratifiant. Ils montrent que travailler sur la structure de l'action ou sur le cadre ne suffit pas. Ils donnent l'exemple d'un projet où l'on se contente de faire participer les élèves, sans qu'ils n'aient l'occasion de *s'approprier l'objectif* et montrent que dans ce cas, en dépit d'une méthodologie précise, les enseignants, n'obtiennent pas l'adhésion des élèves au projet.

Autissier & Wacheux, (2006) s'étonnent que la recherche de sens, si elle demeure l'apanage de la philosophie ou de la psychologie, est relativement absente du domaine du management. (Vecchi et Carmona-Magnaldi, 2008) soulignent que le concours qui sanctionne la première année de médecine ne contribue pas à donner du sens aux apprentissages, la finalité étant pour les étudiants de réussir un concours, pas de s'intéresser au contenu des enseignements.

Pour conclure cette partie nous retiendrons que dans le paradigme interactionniste le sens guide les comportements. Il se construit, se modifie constamment au cours des interactions. L'être humain est un animal qui crée du sens Glaser (1998 : 32) et que plutôt que de chercher à imposer un sens aux individus, mieux valait écouter leurs propres significations, tenter de comprendre leurs perspectives, motivations et préoccupations.

Encadré : La douleur une préoccupation majeure du Carholder.

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

Dans notre champ professionnel, la douleur nous paraît être le point de départ possible de l'illustration d'un processus de construction collective. Nous y reviendrons lors de l'abord expérimental de notre projet.

La première intention du médecin face à la douleur, c'est de l'entendre au sens de « signal d'alerte d'un dysfonctionnement d'organe ». Il vise donc la recherche de la cause de la douleur pour la dissiper. Il cherche aussi à l'évaluer (par exemple avec des échelles allant de 0 à 10...) puis fait intervenir un arsenal thérapeutique en trois paliers établis selon un double rapport bénéfice/risque, coût/efficacité.

Aujourd'hui, on ne considère plus que la douleur est une « exacerbation des sentiments », mais arrive-t-on à percevoir la complexité et la singularité (Le Breton, 1995) qu'exprime le patient au travers de cette expérience ? « L'appel lancé » a-t-il simplement pour but de restaurer le « silence des organes »... Quelles interactions se jouent entre un souffrant et son entourage ?

Dans son ouvrage, L'Anthropologie de la Douleur, Le Breton op.cit., rapporte que lorsqu'une douleur paraît disproportionnée par rapport à sa cause, le patient « agace son entourage ». Le médecin se réfère à un savoir objectif, le savoir médical, qui influence sa perception de la douleur (d'autrui !), « ce ne sont pas seulement les malades qui intègrent leur douleur dans leur vision du monde, mais également les médecins ou les infirmières, qui projettent leurs valeurs, et souvent leurs préjugés sur ce que vivent les patients dont ils ont la charge » (ibid., p.136).

Nous choisirons la douleur pour montrer combien les significations peuvent diverger (pour le patient exprimer son angoisse, pour le médecin des indices pour traiter une cause) et retentir sur la finalité... La douleur offre également une réflexion sur l'impact social du sens qui implique un rapport à la norme, évalue les écarts, ou encore, dans le cas de la douleur, véhicule la dimension symbolique du Mal, de la Rédemption, du Sacrifice...

2 Le Sensemaking

Le psychosociologue des organisations donne une lecture originale des phénomènes organisationnels Weick (1979 ; 1995 ; 2001). Il aborde l'organisation en bouleversant la chronologie pensée-action et en s'appuyant sur des récits montre:

- 1) *l'influence de l'action sur le raisonnement* : la découverte d'une carte dans la poche de l'un des protagonistes permit à un détachement hongrois de reprendre ses esprits suite à la panique que la tempête de neige déclencha, leur laissant penser qu'ils étaient perdus, puis repérer dans les Alpes bien que ce fût comme ils le découvrirent après, une carte des Pyrénées (Weick, 1987),
- 2) *l'importance de l'action qui crée l'environnement* : ainsi l'arbitre de football rappelle qu'il n'y a pas faute tant qu'il ne l'a pas signalée (Weick, 1979),
- 3) *l'influence de la perception de l'action sur sa conception* : ainsi les incidents de Mann Gluch et de Ténériffe (Laroche, 2003).

Délaissant la définition conceptuelle de sens qui paraît difficile à saisir, ou se réduit dans la littérature des sciences de gestion à la simple compréhension de la situation (Garreau 2009), la théorie du sensemaking, se rapporte à la dynamique organisationnelle et s'intéresse aux processus par lesquels les acteurs vont construire leurs comportements en fonction *de leur compréhension* (ie de la signification qu'ils attribuent) des situations et des interactions dans lesquelles ils sont plongés. Situations qui les obligent à comprendre ce qui se passe autour d'eux et à « *s'organiser* » pour réduire l'équivocité (1979 :13). Nous entendons par équivocité les multiples interprétations auxquelles un évènement peut donner lieu (Koenig, 1996). Ce dernier nous invite à faire la différence entre équivocité et incertitude. En effet l'incertitude marque le manque d'information pour arriver à expliquer un évènement. Enfin dans sa thèse Lesca, (2002) définit l'ambigüité sous l'angle d'un manque de clarté dans des situations organisationnelles qui engendre des interprétations multiples, conflictuelles, paradoxales ou contradictoires.

Dans ses ouvrages, Weick s'est attaché à établir des liens entre les processus par lesquels les acteurs font sens des situations dans lesquelles ils sont plongés et les processus qui font ou

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

défont les organisations. Influencé par les pragmatistes et par la sociologie phénoménologique de Schutz, (1998) inscrit, dans la lignée de l'interactionnisme symbolique, il entraîne les sciences de gestion dans une voie de réflexion qui donne au sens élaboré par les individus au cours de l'action collective une place primordiale, Koenig *op.cit.*. Place qu'il met en lumière en analysant des événements dont le déclenchement est inhabituel ou incertain, des situations où la mésentente entre les gens a des conséquences tragiques (l'incendie de Mann Gulch où seize pompiers ont péri, (Weick, 1993); la catastrophe aérienne de l'aéroport Los Rodéos à Ténériffe (Weick, 1990) où cinq cent quatre vingt trois personnes ont trouvé la mort). Il autopsie le corps collectif (Vidaillet, 2003) au cours de ces catastrophes pour isoler les phénomènes qui participent à l'élaboration progressive de ces dénouements tragiques. Il étudie les raisons qui font que certaines organisations s'adaptent mieux que d'autres dans des environnements incertains (Weick, 2007).

Ce courant de recherche sur lequel nous appuyons notre cadre théorique et qui est issu des travaux de Weick (1979 ; 1995) regarde la complexité organisationnelle en examinant comment sont perçus les signaux dans l'environnement, les conséquences de ces perceptions sur les relations intersubjectives et sur la structuration de l'action collective et de l'organisation.

Nous mobilisons les travaux de Weick afin de mettre en évidence les situations dans lesquelles le processus de sensemaking devient possible, de questionner les leviers qui utilisés collectivement, permettent à chacun de sélectionner des informations (extraire des significations) qui les conduiront à poursuivre leurs projets, « *réparer l'interruption* » ou « reprendre leur projet original ou une version modestement remaniée de ce projet » (Weick, 2003), *in* (Vidaillet 2003 : 1), ou encore de modifier leurs comportements et/ou leurs pratiques pour s'inscrire dans de nouveaux projets ou comportements.

Nous retenons de la lecture de l'interactionnisme symbolique que le processus qui s'engage lorsqu'une personne se pose la question « *que se passe-t-il ici ?* » (Goffman, 1991:16) réunit environnement, cognition et action et fait intervenir des relations sociales, des identités, des signaux émis par l'environnement. Il découle de l'examen de ces critères et/ou de l'éventuelle révision de ses croyances, une action ou un choix. Nous saisissons dès les premières pages des ouvrages de Weick que l'individu est plongé dans un flot d'évènements dont il ne saisit pas le sens au moment même où il les vit. (Weick, 1979 : .5) s'appuie sur Bavelas , (1973) et traduit

l'idée que l'activité précède l'attribution de sens par le célèbre aphorisme « *How can I know what I think until I see what I say ?* ». ²⁶.

Nous allons donc maintenant nous intéresser à la manière dont Weick *op.cit.* a inscrit les liens entre évènement, interactions et actions, dans un processus *de création collective de sens*, comment il l'a mis en perspective dans une dynamique organisationnelle.

Notre lecture du « *sensemaking* » nous conduira à chercher des éclairages réflexifs sur les points suivants : comprendre en quoi consiste le processus de création de sens, quel impact peut avoir une activité sur la création collective de sens et sur l'organisation et comment peut-elle induire des modifications de pratiques ou de comportements, comprendre le rôle joué par les acteurs.

2.1 L'apport des différents travaux de Weick

Un premier panorama de la littérature nous donne à comprendre la théorie du *sensemaking* et à entendre les réponses de Weick aux questions : quand, comment et pourquoi les individus construisent-ils du sens ? Quand le processus de création de sens est-il possible ? Comment les individus extraient des significations, sélectionnent et retiennent des informations susceptibles d'influencer leurs comportements ? Des individus, appelés acteurs car ils ne subissent pas passivement leurs environnement mais en sont les auteurs des transformations.

Des individus regroupés au sein d'organisations qui ne sont plus regardées comme « des moyens pour la réalisation d'une décision stratégique » mais plutôt comme des « *lieux de construction de la vie sociale* » et où « *les individus ne sont plus des ressources placées dans un processus avec une visée projective bien établie mais des vecteurs de construction et de diffusion de sens* » (Autissier, et al. 2010 : 98).

Dans l'ouvrage qui fit sa notoriété « *The Social Psychology of Organizing* » (Weick, 1979), se donne pour objet de recherche le processus organisant, la dynamique sociale d'élaboration de sens, la dimension à la fois individuelle et collective des phénomènes organisationnels (Koenig, 1996). Weick reprend à son compte les éléments clés de l'interactionnisme symbolique que nous avons évoqués dans le chapitre précédent et nous dit que la théorie

²⁶ « comment puis-je savoir ce que je sais, avoir d'avoir vu ce que je dis ? »

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

prend place dans un ensemble d'éléments essentiels, l'action, l'interaction, l'interprétation, la signification et l'action conjointe (Weick, 1995).

Nous retrouvons les grands principes autour desquels Weick pense le caractère mouvant de l'organisation, la perception et l'interprétation, les comportements inter-reliés, l'intérêt des acteurs, la variété requise pour penser la complexité...Il pense le caractère mouvant mais aussi fragile de l'organisation qu'il met en exergue en étudiant des situations organisationnelles critiques²⁷ et en étudiant la genèse des catastrophes auxquelles certaines ont pu donner lieu :

« Mettez brutalement les gens dans des rôles qui ne leurs sont pas familiers, laissez quelques rôles sans titulaires, rendez la tâche à accomplir plus ambiguë, discréditez le système de rôles, et procédez à tous ces petits changements dans un contexte où de petits évènements peuvent par combinaison produire quelque chose de monstrueux». Weick (Laroche, 2003 :70).

Nous étudierons ensuite les apports du sensemaking dans la théorie des organisations. Nous rapporterons les travaux d'auteurs qui se sont emparés des travaux de Weick pour prolonger sa théorie. Enfin, nous questionnerons la figure de certains acteurs dans le processus de création de sens et le rôle spécifique qu'ils peuvent jouer.

Compte tenu de l'intense production de ce chercheur et de la diversité des thèmes qu'il a abordé, nous avons ainsi commencé par étudier la théorie du sensemaking à travers les variables qui influent sur le processus (l'environnement, les identités des acteurs, les interactions). Ensuite, nous nous sommes penchées sur les sept propriétés du sensemaking (Weick, 1995). Enfin, nous avons abordé les travaux de Weick en nous focalisant sur les outils conceptuels qu'il décrit dans son œuvre (l'organizing, le processus Enaction-Sélection-Rétention...). Le tableau ci-dessous met en forme notre plan d'approche du cadre théorique développé par Weick

²⁷ Critiques en référence à l'étymologie, au sens où il s'agit de discerner puis d'émettre un jugement pour produire un comportement une action ou une réaction.

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

Tableau1 Structuration du cadre théorique : le sensemaking

Variables	Environnement	Equivoité
		Changements écologiques
	Identités	
	Relations sociales	Interactions
Propriétés	Ancré dans une construction identitaire	
	Rétrospectif	
	Enacté dans des environnements porteurs	
	Social	
	Continu	
	centré sur des repères existants	
	Conduit par la plausibilité plutôt que par la précision	
Outils conceptuels	Unité minimale de création de sens	
	Think ING	
	Communication : partage de signification	
	Enaction-sélection-rétention	
	Doubles interact	
	Cycles de comportements inter-reliés	
	Zones d'équivalences mutuelles	
	Variété requise	
	Autres outils (vocabulaires, métaphores, narration, prophéties auto-réalisatrices)	

2.2 Les différentes variables qui influencent le sensemaking : les modifications de l'environnement, l'individu, les interactions.

Compte tenu de la richesse et de l'abondance des travaux, de la diversité des thèmes abordés par Weick pendant près de quarante ans (Vidaillet 2003 : 35), nous organisons notre propos de manière à montrer comment nous nous sommes emparées de la théorie Weickienne pour élaborer notre projet de recherche.

Si nous partons de sa définition de l'organisation rapportée par (Autissier et al., 2010 : 98) comme étant « *un ensemble d'occasions d'interactions dans lesquelles les individus sont projetés et qui participent simultanément à la réalisation de l'individu et d'un collectif (qui lui échappe)* » nous saisissons d'emblée trois niveaux : celui de l'individu, celui du collectif et l'importance de l'environnement.

Nous commencerons donc par convoquer ces différents niveaux où se jouent le processus de création de sens. Si nous avons dans le chapitre consacré à l'interactionnisme symbolique (Partie I, §1.2) abordé l'importance des perceptions et des mécanismes individuels et interactionnels qui conduisent les individus à produire certaines réponses, en revanche, nous avons simplement évoqué que le point de départ du sensemaking résidait dans la question posée par Goffman (Goffman, 1991:16) « *que se passe-t-il ici ?* ». Nous reconnaissons ici l'influence des philosophes pragmatistes, selon qui nous pensons à partir du moment où la situation n'est pas conforme à ce que nous en attendions et notre réflexion va nous conduire à interpréter ce que nous percevons de la réalité.

Weick situe la genèse du processus de création de sens dans des situations inhabituelles, surprenantes, déstabilisantes qui dépassent le sujet soit parce qu'elles sont interprétables de plusieurs manières (équivoque), soit parce que l'individu manque d'information pour pouvoir interpréter la situation (incertitude). Évènements qui produisent ce que Weick nomme « *Ecological change* ». Évènements qui interrompent le cours habituel de leurs activités, « *les évènements exposent aux discontinuités, aux différences, ou à d'autres variations qui engagent l'attention* »²⁸ (Weick 1979 : 130), parce que les informations à traiter présentent des ambiguïtés, une complexité telle qu'ils devront clarifier afin de retrouver un sentiment d'ordre, « *se remettre dans l'action et reprendre le projet original ou une version*

²⁸ Traduction libre

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

modestement remaniée de l'original » (Weick in Vidaillet, 2003 : p1). Ainsi, Weick pose que pour répondre à cette question les gens vont sélectionner, extraire des indices (cues) dans le flot d'évènements dans lequel ils sont pris pour les « *relier au sein d'une représentation qui en donne de l'ordre et du sens* » (Vidaillet 2003 : 42), pour structurer l'inconnu (Weick, 1995 :4), citant (Waterman, 1990).

La première question consiste donc à se demander comment ils sélectionnent les indices dans l'environnement qui seront alors assimilés par Weick à un « *flux expérientiel* » « *flows of experience* » (Weick 1979 ; 1993 ; 1995, 2001)? Nous verrons plus tard, dans la section consacrée à l'enactment que dans ce processus de sélection se logera le processus de fabrication de la décision (Weick, 1979 :175).

Comme nous l'avons vu nous nous situons dans un paradigme où il n'existe pas « *Une Réalité Unique* » mais d'innombrables définitions du réel qui seront le fruit d'une lecture subjective, d'une sélection de « cues » qui trouvent échos dans la singularité d'un individu. Une lecture subjective donc, dans un premier temps influencée par les cadres de référence de l'individu, « *frame of reference* »²⁹(Weick 1995 :4) sa culture, son expérience, mais aussi ses émotions, sentiments, la réflexion de l'acteur impliqué dans la situation, ses attentes et ses intérêts. Lecture dont la finalité réside dans le désir de retrouver un ordre rassurant pour sortir du chaos engendré par l'incompréhension, la perte de repère, de sens.

Weick fait donc appel à la notion d'identité (évoquée §1.2.2) « *c'est à partir de notre identité que s'élabore le processus par lequel nous donnons du sens* » (Vidaillet, 2003 :40). Cette dernière précise que « *ce que je suis me conduit à faire sens d'une certaine manière de ceci* » (Vidaillet op.cit., p.122). Mais Weick fait également appel à la notion de rôle, reprenant Goffman qui explique que « *lorsque ceux qui participent à une activité jouent des rôles différents, et cela est fréquent, leurs points de vue sur ce qui se passe ont de grandes chances d'être aussi différents les uns des autres* » (Goffman, 1991 : 17). Il précise alors que des intérêts différents sont en présence et qui conduisent à des « perspectives motivationnelles » différentes (ibid.).

Repartant de l'élaboration d'une réponse à notre question initiale « qu'est ce qui se passe ici ? », l'individu qui a perçu et interprété les évènements se retrouve confronté aux perceptions et interprétations des autres. En effet, la lecture subjective de l'évènement va se

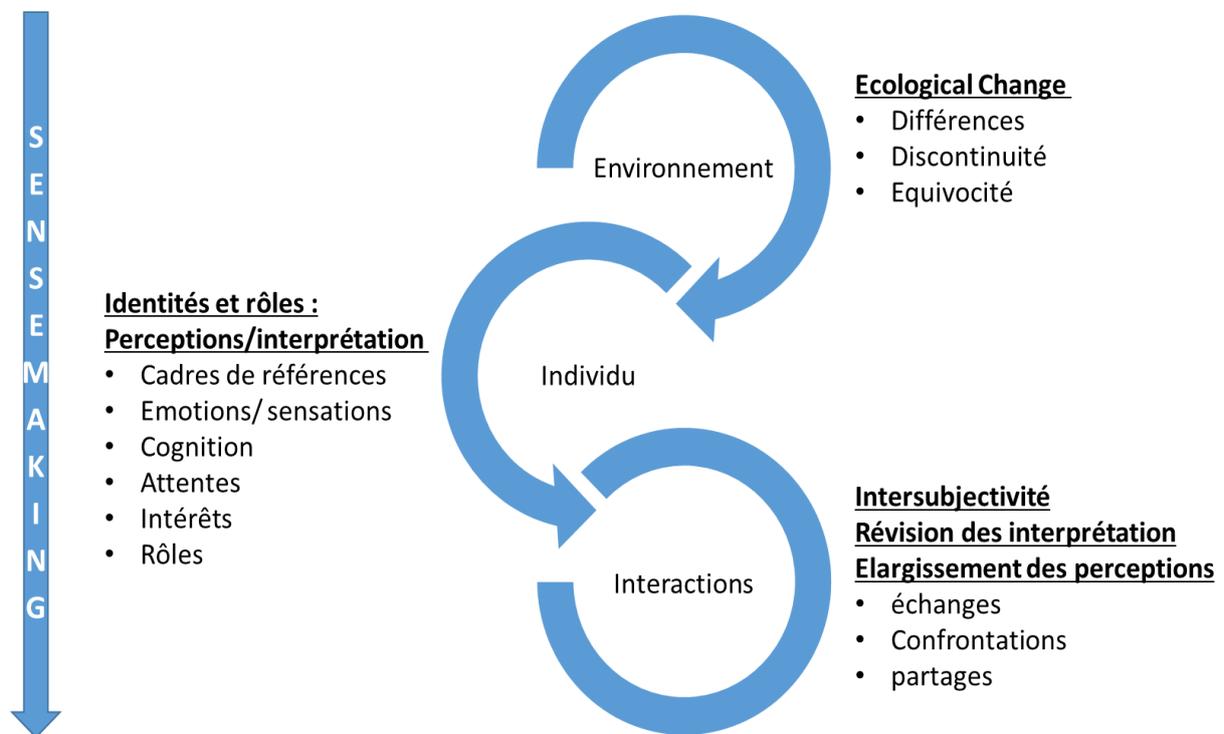
²⁹ Traduction libre

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

confronter à celle des autres. L'échange, le partage de signification, situés dans les interactions seront alors une nouvelle étape, une lecture intersubjective cette fois ci, nouvelle étape du processus de création de sens et nous décrirons dans la partie intitulée « outils conceptuels » la façon dont Weick approfondi et modélise cette rencontre qui peut conduire à une ouverture sur d'autres perceptions du même phénomène, et/ou sur une transformation d'une perception initiale.

Le schéma ci-dessous résume notre première approche du processus de création de sens de l'individu confronté à un changement écologique et en présence d'autres individus.

Schéma 4 les différentes variables du processus de sensemaking



Ainsi résumés les différents paramètres en jeu dans le processus de création de sens, nous souhaitons mettre l'accent sur deux hypothèses émises par Weick, (1995 : 8) à la suite d'une étude qui concerna dix sept entreprises de l'industrie du textile :1) les actions déterminent en partie les activités et la structure des organisations, 2) les actions étant basées sur des séquences au cours desquelles les individus saisissent des indices dans leur environnement, sont interprétées et ces interprétations se traduisent alors dans leurs activités.

2.3 Les sept propriétés du sensemaking

Nous allons donc passer en revue les sept propriétés que Weick (1995) a identifiées pour comprendre le design organisationnel. Comme nous l'avons dit précédemment, au-delà d'une énième retranscription de la si riche pensée Weickienne, nous souhaitons mettre l'accent sur notre compréhension des différents paramètres qui permettent l'élaboration du sens.

2.3.1 Le sensemaking est fondé sur la construction identitaire

L'identité (de même que le rôle ou l'intérêt) impacte la vision du monde de l'individu qui crée du sens. Pour Weick, (2001), comme nous l'avons vu avec l'exemple du philosophe Alain, en fonction de ce que je suis, la définition que je donne de ce qui est là devant moi va changer. Mais au-delà de cela, nous l'avons évoqué dans le chapitre sur l'interactionnisme symbolique (§1.2.4), Weick est héritier d'une tradition dans laquelle le Soi est le résultat jamais figé d'une construction sociale, d'une expérience acquise, de situations dans lesquelles il est impliqué et qu'il influence en retour. Il est le « foyer du sens », une « modalité de la conscience » qui oriente faits, gestes et pensées. Mais il est multiforme « *a parliament of selves* » (Weick 1995 :18) et peut « *s'exprimer en autant de moi sociaux qu'il existe de groupes distincts d'hommes dont l'opinion importe à notre sujet* » (Le Breton, 2012:63). L'auteur citant Rock, (1979) signale alors qu'il apparaît important de comprendre ces « *amalgames de lui-même et des autres qui gravitent autour de l'acte en train de se faire* » (*ibid* p.64). Le Breton qualifie alors l'identité « d'échafaudage » complexe sollicitant le sentiment de soi que l'individu éprouve à un moment donné. Elle se décline en termes de rôles et de statuts qui vont primer en fonction des situations et imprimer une orientation pour la pensée.

Nous retenons des caractéristiques de l'identité qu'elle est modulable en fonction des circonstances, qu'elle est vulnérable exposée aussi bien au regard des autres (par exemple être considéré comme un patient) qu'aux événements (par exemple l'annonce d'une maladie chronique) et qu'elle se transforme dans la relation.

2.3.2 Le sensemaking est rétrospectif

Cette propriété nous permet de situer le sensemaking entre expérience et cognition. Encore empreint de l'influence pragmatiste, Weick rejette tout dualisme entre pensée et action (Vidaillet, 2003 : 19) et le travail de rétrospection permet de faire du flux d'évènement dans lequel nous évoluons un stock d'expériences réutilisable à postériori *ibid.* (p.122). De même

prospective et rétrospective sont enchâssés. A ce stock d'expérience s'intègre des éléments nouveaux susceptibles de remodeler ce qui à été retenu du passé et modifier la réinterprétation des évènements présents et la projection sur l'avenir (Vidaillet 2003 : 131).

Weick, (1995 : 11) fait de la rétrospection une propriété fondamentale du sensemaking. Des décalages apparaissent entre les résultats et les définitions initiales de la situation : « *Le cas où résultat répond à une définition préalable est moins fréquent que celui où c'est le résultat qui permet la définition de la situation initiale* ». ³⁰ Mais au-delà de cela, l'auteur rapporte que son intérêt pour le sensemaking remonte à une conversation avec Harold Garfinkel et Harold Pepinsky à propos d'une étude réalisée par Garfinkel sur le mécanisme de décision des jurés ³¹. Il remarque que les jurés ne semblent pas suivre un processus logique consistant à définir dans un premier temps quel est le préjudice subi pour ensuite en attribuer une sanction. Ils procèdent de manière inverse, choisissant une sanction puis ils la justifient par les faits retenus... C'est de cette façon (donc rétrospectivement) que pour Weick, nous procédons pour donner une explication aux décisions que nous prenons... Ainsi Koenig (1996 : 61) rapproche le thème de la rétrospection avec celui de la dissonance cognitive. Il mentionne la section conclusive de l'étude de Garfinkel tant elle est révélatrice de la psychologie de l'individu selon Weick :

« Les études relatives à la prise de décision mettent généralement l'accent sur le fait que les personnes connaissent par avance les conditions dans lesquelles elles vont choisir une action parmi un ensemble d'alternatives. Elles supposent en outre que les personnes vont corriger leur choix à mesure que l'action se déroule et que les informations additionnelles sont disponibles. (...) Au lieu de considérer que les décisions sont prises lorsque les circonstances l'exigent, il convient d'envisager que la possibilité que la personne définit rétrospectivement les décisions qui ont été faites. Le résultat précède la décision. »

2.3.3 L'enactement

Ce concept traduit diversement par « mise en scène » (Koenig, 1987), « activation » (Koenig, 1996), « promulgation » (Laroche, 2006) est encore fortement imprégné des hypothèses des philosophes pragmatistes américains selon lesquelles :

³⁰ Traduction libre

³¹ « Some rules of correct decision making that jurors respect ». H. Garfinkel, studies in Ethnomethodology, Prentice Hall, p104-115.

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

- 1) le monde que les hommes habitent est celui qu'ils ont fabriqué ;
- 2) les significations et la conscience émergent des comportements (Weick, 2009: 189).

Ce concept a été introduit par Weick dès la première édition de l'ouvrage « *Social Psychology of organizing* » en 1969 : (63-71). En tête du chapitre « *enactment and organizing* », Weick (1979 : 147-169), l'auteur rapporte une citation d'Huxley qui définit l'expérience non pas comme étant ce qui arrive à un homme, mais comme étant ce qu'un homme fait de ce qui lui arrive. « *Le problème est qu'il y a trop de sens, pas trop peu* » (Weick, 1995 : 27). Cette notion renvoie à l'idée de faire émerger des significations dans l'action et l'interaction que l'on retrouve chez Varela (Varela & Varela, 1996: 91) « *la plus importante faculté de toute cognition vivante est de poser les questions pertinentes qui surgissent à chaque moment de notre vie* ». Elles ne sont pas prédéfinies mais enactées, on les fait émerger sur un arrière plan, et les critères de pertinences sont dictés par notre sens commun, d'une manière toujours contextuelle. Ici, les représentations et les interprétations permettent de prendre un chemin mais l'action en train de se faire fait émerger au fur et à mesure des sens nouveaux...

D'où l'idée d'enactment, que Weick intègre dès 1995 dans les sept propriétés du sensemaking. On y retrouve sa volonté de distinguer sensemaking et interprétation (Weick, 2009 :190). Le concept porte en lui les idées de construction, de réarrangement, de distinction et renvoie l'image d'un acteur qui produit son environnement autant qu'il est produit par lui « *people create their environment, and those environment create them* » (Weick, 1995 :34 ; Vidaillet 2003 :19). Il véhicule l'idée que la création crée le créateur (Weick, 2009: 190) et que les freins sont plus basés sur des présomptions que sur l'action (Weick, 1979 : 149). Il rassemble à la fois cognition, action et structuration.

Pour insister sur l'importance de la « mise en scène » de l'environnement, (Weick, 1995 : 167) citant (Lanzara, 1983 : 77) rapporte l'exemple d'un cabaretier qui a non seulement créé mais enrichi en sens un environnement. Ici, il s'agit d'une organisation éphémère, née sans que personne ne dise à quiconque ce qu'il a à faire.

Pour Weick, cela implique une réflexion plus fine et en amont que spontanée, des changements « abrupts » plutôt que graduels et une haute capacité d'adaptation aux conditions locales (Weick, Sutcliffe, & Obstfeld, 2005).

Weick, (1979 :153-160) propose trois caractéristiques pour l'enactment :1) il consiste en une activité de mise entre parenthèse « bracketing » de certaines portions du flux expérientiel.

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

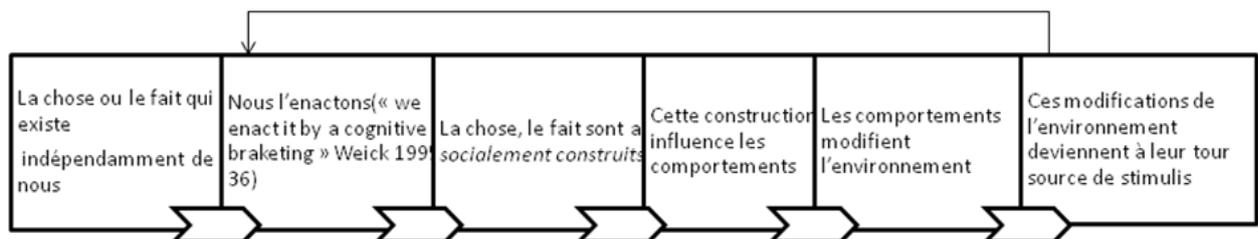
Pour illustrer cela Weick donne l'image d'un texte sans ponctuation, qui, pour être lu plus aisément et compris sera complété par le lecteur... Ceci bien sûr dans un univers pragmatique ou nous ne voyons les choses que parce que nous les croyons... « *I'll see it when I believe it* » (Weick, 1979:154; citant Neisser's 1976). Dans le récit de l'incident de Mann Gulch (MacLean, 1998) l'auteur décrit des pompiers qui s'attendent à devoir maîtriser un feu de dix heures : « *les trois observateurs qui survolaient l'incendie le considérèrent comme normal (...) Cooley et Dodge regardèrent bien le feu, le jugèrent plus ou moins ordinaire, et considérèrent que leur équipe l'aurait maîtrisé vers dix heures le lendemain matin* ». (ibid p.55). Aussi aucun des « détails » (radio pulvérisée...) pouvant annoncer la tragédie n'ont été retenus « *Rumsey ne pensait pas qu'aucun d'eux le considérerait comme dangereux, même s'ils se disaient qu'il serait difficile à maîtriser parce qu'il brûlait sur un sol rocheux et abrupt* » (ibid p.72) ; 2) L'enactement peut être pris comme une amplification de déviation. Pour reprendre encore l'analyse de Mann Gulch, lorsque Dodge, « *qui n'a pas dès le départ su imposer une crédibilité en tant que leader du groupe se rend compte qu'ils n'auraient pas le temps de franchir les deux cent mètres qui les séparaient du sommet de la colline, allume le « feu de secours » qui l'a sauvé et aurait certainement pu sauver d'autres pompiers* », demande à ceux qui étaient près de lui de le rejoindre, quelqu'un lui répond « *fous-moi la paix, je me tire* » (MacLean 1998 : 112) et ce dernier fut suivi par les autres pompiers, laissant Dodge seul à se protéger dans sa géniale mais surprenante improvisation... Nous reviendrons sur ce point dans l'étude des comportements inter-reliés (§2.4.2) ; 3) L'enactement peut être assimilé à une prophétie auto-réalisatrice. Ici Weick (ibid, p.160) montre des managers, qui, confrontés à une situation équivoque et tentant de la résoudre, vont persévérer dans une vision conforme à leur présomption en n'extrayant que les indices qui les confortent dans cette voie et de fait influencent ainsi le cours des événements. Un autre exemple célèbre (Weick, 1987), cité par (Vidaillet, 2003 : 22) (Marmuse, 1999) qui rapporte la façon dont un détachement militaire hongrois perdu dans les Alpes suisses, prisonnier de la neige, a réussi à vaincre le sentiment d'être perdu et voué à la mort lorsqu'un des leurs a retrouvé une carte dans poche. Cet élément leur a permis de se remettre en action et à retrouver leur chemin. Ce n'est qu'une fois arrivés, lorsque le lieutenant qui craignait de les avoir envoyés à la mort demanda à voir cette remarquable carte qu'ils se rendirent compte qu'ils s'étaient dirigés dans les Alpes grâce à une carte des Pyrénées... Le fait d'avoir trouvé la carte leur permit de calmer leurs funestes angoisses alors qu'ils étaient pris dans la tempête de neige et ne pensaient pas s'en sortir ; les motiva pour installer un campement, attendre plus paisiblement la fin de la tempête et même de se diriger dans les montagnes ! Un autre exemple, pris dans un monde que Weick

affectionne particulièrement, les orchestres de jazz, consiste à demander à deux orchestres de jouer une partition dont ils ne connaissent rien. Le premier devra reproduire l'œuvre d'un compositeur médiocre, le second d'un musicien célèbre. L'auteur constate que le groupe à qui l'on a donné la partition du musicien célèbre l'a mieux mémorisé au bout de vingt quatre heures. Le son est meilleur, les erreurs sont moindres... Weick en déduit que les musiciens qui pensent que leur partition émane d'un musicien célèbre feront plus d'effort pour jouer, obtiendront ainsi un meilleur son, qui renforcera leur croyance en la crédibilité du compositeur (Weick, 1977 : 42).

Un processus circulaire donc, où croyances et action sont enchâssées, où les faits sont confirmés rétrospectivement et où nos « actions font surgir de nouveaux événements, dont nous extrayons certaines portions, que nous allons ensuite relier et transformer en séquences causales (...) qui vont à leur tour influencer nos actions. » (*ibid*)

Le schéma ci-dessous résume le processus illustré par (Weick, 1995 : 36) reprenant (Czarniawska-Joerges, 1992) qui l'illustre en prenant l'exemple d'une pierre. Elle existe indépendamment de nous. Mais nous la mettons en jeu en concentrant notre attention sur elle et en en retenant certaines caractéristiques. La « pierre » est ensuite socialement construite, elle influence les comportements et modifie l'environnement grâce à ces propriétés et les usages qui en sont faits.

Schéma 5 Le processus d'enactement (adapté de Allard-Poesi 2003 :171)



2.3.4 Caractère social du sensemaking

Nous avons vu que pour les pères de l'interactionnisme symbolique la société était là où les individus étaient en interaction, qu'elle était produite par les activités interagissantes des hommes. La théorie du sensemaking prend place dans les identités, les interprétations, les interactions, les significations et l'action collective. Les personnes qui étudient le sensemaking portent leur attention sur les discours, les conversations, les comportements, car c'est au sein de ceux-ci que se situe la plus grande partie de l'échange (Weick, 1995 : 41). Il

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

précise que pour (Czarniawska-Joerges, 1992) le partage de sens n'est pas crucial pour l'action collective, mais pour le partage d'une action commune :

*« Mes deux collègues ont assisté au discours d'un célèbre homme d'affaires. L'un d'entre eux a raconté avoir « participé à une rencontre tout à fait passionnante entre la sagesse de la pratique et la curiosité de la théorie », tandis que l'autre a dit avoir « assisté à une réunion très ennuyeuse avec un monsieur âgé qui racontait de vieilles blagues ». Mes deux collègues font cependant tous les deux partie de la même entreprise, et ils se sont rendus dans la même salle, à la même heure, en ayant comme seul point commun le fait que leurs chefs s'attendaient à ce qu'ils y aillent ».*³²(Ibid. p.42).

A la suite de ce texte, Weick nous invite à prêter attention à de plus simples artefacts qui font la coordination. Il est important de prêter attention aux différents moyens de coordination et mode de fonctionnements génériques qui permettent de créer de la cohérence tel les rôles, les outils, les stratégies fondées sur l'expérience... Ils participent de la création de sens comme une « architecture de simplicité ». Ils permettent aux liens de se faire. Liens au sein de la pensée, liens entre événement et croyances, entre passé et présent, entre pensée et action, entre sujets dans l'action...Trois niveaux de liens individuel, interindividuel et organisationnel (Vidaillet, 2003 : 41).

Nous retenons de l'analyse qu'a fait Weick de la catastrophe que les difficultés liées à la communication « *Dodge a quelque chose de particulier, déclara Rumsey à la commission, il est difficile de savoir ce qu'il pense* » (MacLean, 1998 : 81), le manque de clarté dans les rôles « *et il est évident qu'il se passa ce qui se passe presque toujours quand le second prend le commandement. Le groupe s'étira et ne su plus quoi faire* » (Ibid. p.82), ont été des facteurs précipitant la désorganisation du groupe qui a conduit à la catastrophe de Mann Gulch. Dans ce groupe temporaire, la structure formelle et informelle ne leur a pas permis de réagir face au stress, laissant la panique s'installer et avec elle le retour à un comportement primaire anéantissant tous liens au groupe (Weick, 1993). Il met aussi en évidence que si Rumsey et Sallee sont restés en vie c'est parce qu'ils sont restés en lien, au « centre d'un récit » (Laroche, 2003 :55). Il met en évidence qu'un partenaire facilite la construction sociale « *Ils étaient devant les flammes (...). Rumsey tomba dans ce qu'il crût être un genévrier, et il ne se serait pas soucié de se relever si Sallee ne s'était pas arrêté pour le regarder froidement. (...).*

³² Traduction libre

A mon avis, je serais mort si Sallee ne s'était pas arrêté. Pourtant c'est drôle, il ne m'a rien dit. Il s'est simplement arrêté et je ne pense pas qu'il ait dit quelque chose. Il m'a obligé à me le dire moi-même » (MacLean, 1998 : 127).

Insister sur le caractère social du sensemaking revient à souligner que actions d'autrui influencent considérablement nos intentions et nos buts, « *purpose* », face auxquels nous réagissons en les intensifiant, suspendant et ou remplaçant. Dans ce processus sans début ni fin où l'individu est pris en continu « *ongoing* » les individus font sens à travers les comportements, le langage, le texte écrit et la discussion. Puis ces interprétations orientent leurs actions et ainsi de suite « *le sensemaking porte sur le jeu d'action et l'interprétation plutôt que sur l'influence de l'évaluation et sur le choix* » (Weick, Sutcliffe, & Obstfeld, 2005:412). L'action et la discussion vont de pair dans le processus de création de sens et ne font pas l'objet de séquences dont l'ordre serait préétabli (*ibid.*).

Mais le contexte social joue également un rôle énorme. Ainsi, (Weick, 2009 : 13/32 et suivantes) en racontant comment le premier article du radiologue John Caffy en 1946 qui interrogeait des blessures observées chez les enfants en bas âge eut peu d'audience. Alors qu'en 1961, l'article publié dans une revue de pédiatrie par Frederik Silvermann suscita énormément de réactions chez les pédiatres et fut à l'origine du BCS (Syndrome de l'Enfant Battu), permis d'isoler des milliers de cas, de légiférer...

Si nous rapportons ce cas à ce moment de notre propos, c'est pour montrer que nous saisissons toute l'importance de la façon dont les différents individus extraient les signaux en fonction de ce qu'ils sont (cf infra) mais aussi du contexte social. Entre l'article de 1946 et celui de 1961, le contexte social a été modifié. La vision de la relation parent-enfant a évolué et cette vision influence la perception des signaux dans ce processus à la fois continu et circulaire. Les explications trouvées pour un phénomène conduisent alors à la création de nouvelles catégories (David, 2006 : 250).

2.3.5 Le sensemaking est un processus

Pour Weick, les gens sont pris au milieu de flots d'évènements desquels ils ne peuvent se soustraire (Autissier, Bensebaa, & Koenig, 2006) et qui ne prennent le statut d'évènement qu'ultérieurement pour peu que le flux les ait contraints à se poser la fameuse question initiatrice du processus de sensemaking « qu'est ce qui se passe ici ». L'auteur (Weick, 1985 in Prusak, 1997 : 213) illustre la dimension processuelle de la création de sens dans un article

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

qui a trait à l'analyse de données informatiques. Les données collectées sont, selon lui, incomplètes car forcément exemptes d'émotions, d'intuitions et de sentiments et laissent la personne face à un puzzle qu'elle doit reconstituer.

Face à cette question anxiogène les individus ont plusieurs façons de se comporter et Weick décrit un processus en cinq étapes par lequel ils sélectionnent et rapprochent les données perçues dans l'environnement avec leurs propres références afin de les ordonner et des les mettre dans une forme « sensible » pour eux :

- 1) la première phase consiste à collecter les informations et à analyser le contexte (phase d'effectuation) ;
- 2) la seconde consiste à connecter les données récoltées au sein d'un cadre qui leur permet de comparer ou de compléter leurs propres données (phase de triangulation) ;
- 3) la troisième phase est une phase de partage au cours de laquelle il y a négociation du sens entre les personnes (phase d'affiliation) ;
- 4) la quatrième est à nouveau personnelle et permet à chacun d'attribuer un sens qui lui est propre mais qui a été construit collectivement. C'est une étape de simplification (phase de délibération) ;
- 5) enfin la cinquième et dernière phase autorise la mise en œuvre du contexte et des représentations développées. Ici il s'agit de pouvoir confirmer le choix élaboré au cours des étapes précédentes (phase de consolidation).

Dans la perspective Weickienne, ce qui nous frappe, c'est que le résultat du processus ne fait pas l'objet d'attention particulière : c'est le processus d'élaboration en lui-même qui est objet d'intérêt. Il importe peu de savoir quel sens est donné (Garreau, 2009 : 23), mais plutôt l'analyse d'un phénomène circonstanciel, interagissant, rétrospectif, générateur d'une dynamique, l'assemblage mouvant de matériaux, personnes, temps, solutions, choix...

2.3.5.1 .. De l'organisation

Weick cherche à donner une compréhension de l'organisation permettant de considérer comment l'entité organisationnelle et l'environnement auquel elle est confrontée sont le théâtre du processus de création de sens. (1995 : 69). Pour se faire il s'appuie sur une analyse de (Scott Richard, 1992) qui définit le concept d'organisation à travers trois acceptions. La première est celle d'un système rationnel comme on le trouve chez (Weber, 2009) ou Simon,

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

(1965) ou Scott retient des collectivités orientées vers la poursuite de buts assez spécifiques dans des structures sociales assez fortement formalisées. Weick, (1995 : 74), Vidaillet, (2003 : 64) s'en réfèrent à Westley, (1990) pour décrire l'organisation dans des termes où les relations entre les éléments sont fortement encadrées, s'expriment à travers des routines invariables, des modes d'actions habitués « *Les mêmes activités, aux mêmes moments, dans les mêmes lieux* »³³. Dans la seconde acception, Weick se base sur les travaux de Roethlisberger & Dickson, (2003); Barnard, (1968); Parsons & Jones, (1960) pour mettre en évidence des collectivités où les individus trouvent des intérêts communs à s'engager dans la survie d'un système plus ou moins structuré pour parvenir à leurs fins. Enfin, il y voit comme dans les mondes définis par Buckley, (2008) ; Katz & Kahn, (1966) ou Boulding, (1956) des coalitions d'intérêts changeants, où les buts sont négociés, les activités, les résultats et la structure sont fortement influencés par l'environnement.

Il en déduit deux paramètres dont il tiendra compte dans son analyse :

- 1) la plus ou moins grande ouverture sur l'environnement,
- 2) les relations plus ou moins étroites entre les éléments du système.

Il utilise ensuite les arguments de Wiley, (1988) pour expliquer que le sensemaking transcende le simple niveau individuel d'analyse.

En effet, une compréhension intersubjective des choses, distincte de celle de l'individu isolé de ses sentiments et de ses intentions ne prend pas seulement forme au sein de normes partagées, mais bien plus au sein de conversations de plusieurs « Soi », dans lesquelles le « je » se transforme en « nous » (Weick 1995 :71). La « conscience collective » serait une ultime étape du sensemaking, que Weick décrit, citant Gephart, (1992) comme le processus de communication intersubjectif d'interprétation d'actions et d'événements. Elle s'incarne dans une « subjectivité générique » où des artefacts, des rôles et des règles permettent de substituer un individu par un autre sans que la structure ne soit affectée.

Partant, Weick s'attachera à montrer l'extrême vulnérabilité d'organisations en perte de signification, soit parce que les individus ne peuvent plus compter sur la structure pour parvenir à leurs fins (Weick, 1993) soit parce que la structure, trop rigide ne permet pas de « repérer » une anomalie dans le cours habituel des événements (Weick, 1990).

³³ Traduction libre

2.3.5.2 ... À l'organizing

A l'instar d'Héraclite³⁴, Weick, (1979 : 42) reprend l'image du cours d'eau. Bien qu'il donne une apparence de stabilité, il est en fait, traversé de courants. Il en est de même pour l'organisation. Elle n'est pas substance, elle est mouvement. Elle est de manière incessante traversée par des flux d'argent, de matières, de personnes, d'expériences... Si « *nous nous baignons jamais deux fois dans le même fleuve* », « *nous n'allons jamais travailler deux fois dans la même entreprise* » dit Weick *op.cit.* reprenant Vickers, (1967 :68). Au-delà, la communication, les relations, créent une dynamique. L'organisation n'est pas figée. Elle est processus, ce que Pettigrew, (1997 : 68) définit comme étant « *une séquence d'évènements individuels et collectifs, d'actions et d'activités dans le temps et dans son contexte* ». L'idée maîtresse en est l'impermanence, il utilise le terme « *unfold* », pour donner l'image d'une vie collective qui se déploie...

Pour (Weick, 1979), « *Organiser c'est assembler un flux entrant d'actions interdépendantes dans des séquences qui ont du sens pour produire des résultats qui eux même ont du sens*³⁵ » (Weick, 1979 : 3). Par cette définition, Weick met en évidence plusieurs notions dans le processus d'organisation et il nous invite à penser la continuité « *think ING* ». Penser l'organizing consiste alors à réunir des actions interdépendantes dans une suite qui a du sens et qui elle-même génère des résultats à leur tour porteurs de sens.

Peut-on entendre que l'organisation est un ensemble d'occasions d'interactions mettant en jeu des « *identités* » qui participent à la réalisation d'intérêts personnels et collectifs dans un environnement qui n'est pas donné mais qu'elles interprètent à travers leurs cadres de références et leurs interactions et que leurs actions modifient.

L'organizing nous sort du triptyque traditionnel : individu – groupe – organisation, qui se manifeste à travers une structure formelle, des rôles ,des routines, un sens ordinaire (*ie* un sens inscrit dans l'action ordinaire) en nous poussant à nous intéresser à la nature du lien qui soutient l'ensemble (Koenig, 2003) ; (Vidaillet, 2003).

Dans cette grammaire où l'individu n'est pas sujet, ni complément (*ie* entendu comme une ressource) mais verbe (il interprète, interagit, enacte) les règles ont trait à la construction du

³⁴ Alfred Fouillée, Extraits des grands philosophes, Librairie Delagrave, 1938, p.25

³⁵ Traduction libre.

processus social depuis les comportements et les interprétations qui peuvent être imposées sur les données de ce processus ou ont trait à l'établissement de liens entre éléments significatifs ou encore représentent des recettes pour interpréter les faits.

2.3.6 Le sensemaking est focalisé sur des indices extraits de l'environnement

Dans son introduction à la phénoménologie (Desanti, 1994 : 27), présente le monde comme une « *connexion de signaux* » p.21. Ils sont tantôt pourvoyeurs de la question « *What's going on here ?* », tantôt permettent de confirmer le lien entre cognition et expérience. Ils ont trait à des activités de filtrage, de classification, de repérage, d'indexation...

Dans tous les cas ils font l'objet d'une sélection singulière et sont susceptibles d'initier le processus de sensemaking à condition d'être retenus « *Si les événements sont remarqués, les gens font sens; et si les événements ne sont pas remarqués, ils ne sont pas disponibles pour la construction de sens* »³⁶ (Weick 1995 :52). Nous retiendrons que Weick (ibid. p51) fait dépendre l'extraction d'indices du contexte et des interactions.

2.3.7 Le sensemaking est dirigé vers la plausibilité plutôt que vers la vérité.

Pour Weick (1995:57), la force de la construction de sens est qu'elle ne repose pas sur l'exactitude, mais sur le pragmatisme, la cohérence, le raisonnable, la création, l'invention et le caractère instrumental. « *En bref, ce qui est nécessaire en sensemaking, c'est une bonne histoire*» (Weick 1995 : 61). Cette bonne histoire, cette histoire plausible plus que vraie suffit pour guider l'action, réduire la dissonance cognitive, permettre la réparation de l'interruption, de faire du lien entre éléments disparates. Elle est à la fois crédible et acceptable socialement. Il lui suffit d'être suffisamment cohérente pour donner satisfaction (Vidaillet 2003 : 123). Dans ce processus fait d'aller retours incessants entre faits et explications la carte des Pyrénées trouvée alors que le détachement de militaires était pris dans la tourmente dans les Alpes a constitué un prétexte suffisant pour les sauver. (Weick, 1987).

Cette proposition de Weick est à notre avis à rapprocher de ses réflexions sur les processus cognitifs du traitement de l'information. Il fait ici référence au concept de la rationalité limitée

³⁶ Traduction libre

« *bounded rationality* » énoncé par Simon (1957 : 33-41 ; 1991 : 126) et (March et Simon, 1969 : 197). Weick, (1979 : 20) semble adopter ce modèle qui énonce que les individus ont des capacités de perception et de traitement de l'information limitées. De fait, même s'ils veulent agir rationnellement, ils sont victimes de leurs propres limites et vont agir sur la base d'une connaissance satisfaisante (concept de satisfaction), plutôt que sur la base d'une connaissance complète et vont utiliser des raccourcis dès que cela est possible... Ce pis aller, inhérent à « *l'impuissance de la raison à atteindre le vrai* » (Conche, 2007: 50) enseigne que des règles simples sont à privilégier pour résoudre notre fameuse « *que se passe-t-il ici ?* », mais dévoilent aussi qu'un risque de cette économie cognitive est qu'il sera difficile de « *dépasser le domaine de l'opinion* », que dans l'esprit de « *l'insensé* » dont « *le propre est de ne pas se connaître comme insensé* » Conche *ibid* (p.31), la plausibilité se confond avec la vérité clôturant ainsi à toute possibilité d'ouverture...

2.4 Les outils conceptuels

Après avoir isolé trois types de *variables* (environnement, individu, interaction) qui interviennent dans le processus de création de sens et énoncé les propriétés de ce processus, qui permet la transformation des individus et des environnements, qui convoque des ressources propres à l'individu (comme ses croyances) et montre leur réajustement dans l'interaction, nous allons rentrer dans le détail des outils conceptuels élaborés par Weick, (1979 ; 1995 ; 2001 ; 2009) et illustrer à la lumière de ce que nous avons compris des différentes propriétés du sensemaking leur impact au sein des organisations.

Nous rapporterons ensuite les travaux d'auteurs qui se sont emparés des travaux de Weick pour étudier sa théorie dans des situations organisationnelles critiques³⁷. Nous questionnerons ensuite les acteurs du processus de création de sens et le rôle spécifique que certains peuvent jouer.

2.4.1 L'unité minimale de création de sens

Pour (Weick, 1995 : 109-111) citant (Upton, 1961) et (Knorr-Cetina, 1981), un indice mis en relation avec une référence personnelle fait sens, « *a cue in a frame is what make sens* », (i.e : ainsi que l'écrit Weick « *nous construisons ce que nous percevons d'une situation en*

³⁷ Critiques en référence à l'étymologie, au sens où il s'agit de discerner puis d'émettre un jugement pour produire un comportement une action ou une réaction.

référence à une projection, une situation semblable dont la signification a déjà été attribuée ».

Ainsi c'est à partir de la relation entre ces éléments, cadre de référence et d'indices perçus dans une situation que le processus de création de sens peut démarrer. L'identité des acteurs intervient dans le saisissement de l'indice. Comme nous l'avons vu pour le syndrome de l'enfant battu. Le radiologue ne sait pas identifier les images qu'il constate (CUES). Elles portent une ambiguïté, un questionnement. Elles révèlent une pathologie inhabituelle, que le radiologue ne sait expliquer, chez ces enfants. Lorsqu'il les publie dans un journal de radiologie ces indices n'ont aucun écho chez les radiologues, en revanche publié dans une revue de pédiatrie, lues par des personnes qui sont susceptibles d'en saisir la portée de part leur expérience et dans un contexte social différent ils trouvent écho et permettent l'élaboration du processus.

Donc, l'auteur (Weick 1995 :110) mentionne dans son ouvrage «Sensemaking in Organizations » que l'unité de création de signification est « cue+relation+frame ». Sens et signification requièrent *trois* choses : deux éléments et une relation.

Weick nous précise que « *ce que sont les éléments et le type de relation entre eux est moins important que les trois éléments activés* ». En outre, le sens peut émerger indépendamment des trois éléments de départ. Au sein de cette triade les cadres font appel à l'expérience (au passé), les repères font référence au présent (p.111). Si une personne peut construire une relation entre ces deux moments, une signification est créée. « *Le contenu du sensemaking doit être trouvé dans les cadres et les catégories qui résument l'expérience passée, dans les indices et étiquettes qui piègent les spécificités de l'expérience actuelle et dans la façon dont ces deux paramètres sont connectés. Ce qui est commun entre les divers vocabulaires de construction de sens de l'organisation (...) c'est qu'ils décrivent tous des moments présents ou passés ou des connections*», (Weick ,1995 :111).

2.4.2 Double Interact, cycles de comportements Inter-reliés

Pour (Weick, 1979 : 89 et suivantes) l'organisation est un processus organisant, continu, non une entité figée. Pour décrire les éléments de ce processus il se penche sur la façon dont les comportements individuels dépendent du comportement des autres, qu'ils soient présents ou imaginés (cf Cooley, 2010 op. cit.). Il étudie cette contingence en s'appuyant sur (Hollander et Willis, 1967) selon qui les « *double interacts* » *représentent l'unité de base pour décrire les*

influences interpersonnelles ». Les interactions entre deux ou plusieurs individus se décomposent en trois phases : action – interactions qui sont productrices de changements écologiques (Weick ; 1979)- double interaction. L'action consiste à ce qu'une personne donne une interprétation d'un évènement à un autre individu (Autissier, 2001 : 11). Pour Weick, l'action d'un individu A entraîne la réponse d'un individu B (interaction), action à laquelle l'individu A répond (double interaction). Ces comportements contingents (Giordano, 2006), générateurs de partages de signification qui se répondent dans le but diminuer le niveau d'équivocité, sont considérés comme l'essence du processus organisant. Dans ces conditions, le changement n'est plus une donnée imposée par le sommet et/ou volontaire, un défi, un évènement qui a un avant et un après, il est permanent et omniprésent et généré par l'action de tous. Il est une dynamique, produite par d'incessants ajustements prenant place à travers les échanges interpersonnels!

Partant, il prolonge cette première proposition par celle d'Allport, (1962) selon qui l'émergence du groupe précède et est une condition à la mise en œuvre de normes et de règles qui permettent au groupe de se maintenir (ibid., p.90). La grammaire organisationnelle de Weick n'est pas donnée à l'avance, elle se construit et se valide au fur et à mesure, consensuellement, au moyen de comportements inter-reliés. Weick évoque ainsi des anneaux de causalité pour décrire des variables qui vont, se déplaçant dans un sens ou dans un autre, auto-entretenir un phénomène, amplifier une déviation et enacter l'environnement... Des multiples illustrations données par Weick nous retenons que c'est dans les comportements inter-reliés générateurs de ce genre de manifestation, que croit ou décroît la stabilité d'une organisation. La stabilité et l'adaptabilité naissent de la force avec laquelle ces « sous-ensembles » ainsi constitués se forment. (ibid. p.110). « *Veillez noter que cette situation d'emprise mutuelle sur le sort se déroule selon le même modèle que celui d'une situation sociale minime. Si les deux parties synchronisent leurs réactions, ils vont probablement être en accord et construire ainsi une alliance stable. Si par contre ils alternent leurs propositions, ils vont avoir plus de mal à bâtir une structure solide* ». ³⁸ (ibid. p.107)

Ces comportements inter-reliés sont influencés par des règles d'assemblage (Weick, p.117) (Vidaillet, 2003) qui interviennent dans les cycles d'interactions pour traiter l'information. Ils peuvent être vus comme des procédures, des instructions ou des guides que les acteurs utilisent pour mobiliser les doubles interactions qui sont les plus adaptées au processus

³⁸ Traduction libre

attendu (p.113). Elles sont fonction du degré perçu d'équivocité. Daft & Weick, (1984), Weick, (1979 : 117), mentionnent qu'au cours du processus d'interprétation, plus les données sont équivoques, moins nombreux sont les guides et règles d'assemblage. Weick, (1979 : 113) donne quelques exemples de ce qu'il préconise en matières de règles d'assemblage : il s'agit de les sélectionner parmi les cycles qui ont été les moins laborieux, qui ont conduit à des résultats les plus stables, qui ont eut le plus de succès, qui ont nécessité le moins de temps, qui débouchent sur du concret, qui ont fait appel à des reproductions systématiques ou sélectives du passé, qui ont mobilisé des ressources efficaces et facilement disponibles, pour parvenir à une réduction et/ou une stabilisation de l'ambigüité.

D'autre part cette conception de la structure du collectif pose que les personnes s'accordent d'abord sur les moyens de parvenir à leurs propres objectifs plutôt que sur les fins du collectif. Ceci est un point très important de notre compréhension et de notre utilisation de la théorie du sensemaking : la création de sens est collective mais il ne s'agit pas d'une création de sens collectif « *L'accord vient plus tard, s'il arrive un jour* »³⁹(*ibid*, p.91). Dans cette vision du collectif où les personnes font sens de ce qui se produit autour d'elles, un accord minimal sur le sens de la situation et un accord sur les moyens pour que chacun atteigne son but suffisent pour fonctionner *dans l'instant (i.e « ing »)*.

Au-delà de ce « double interact », nous retiendrons que Laroche (2006 :101), dans la cadre d'une réflexion sur la *managérialisation* du sensemaking, s'intéresse au concept « d'interaction vigilante », c'est-à-dire « *à l'attention que peuvent porter chacun des participants aux autres participants, en tant que co-producteurs de l'action* », dans une réflexion sur les formes de l'attention managériale. Il recourt à la notion « d'advertance », une forme d'attention que le manager porte à ses équipiers, dans la proximité, dans la relation, mais aussi dans l'action. Il s'agit pour le manager d'être vigilant « *à la mobilisation des connaissances disponibles (...) pour que l'action puisse se poursuivre, se développer, se déployer* » (p106) ». L'auteur la définit par trois dimensions à prendre en considération dans l'interaction : l'attention dirigée vers autrui dans la même action, la finalité de cette même action et le lien entre les personnes impliquées. Il attire notre attention toutefois en distinguant cette notion de l'empathie. Il nous faudra tenir compte de cette remarque, en notant que le soignant éducateur est dans l'empathie, en revanche le manager est dans l' « advertance ».

³⁹ Traduction libre

2.4.3 Zones d'équivalences mutuelles

Pour définir les zones d'équivalence mutuelle, (Weick, 1979 : 98) part de l'hypothèse de (Wallace, 1961) selon laquelle les actions des individus sont à visée soit consommatoire, soit instrumentale. Allard-Poesi, (2003: 181) résume qu'une structure d'équivalence mutuelle émerge lorsqu'une action de consommation d'un individu dépend d'un acte instrumental d'un autre individu, dont l'acte de consommation dépend lui-même de l'acte instrumental du premier. Le partage absolu des représentations de la situation n'est pas une dimension clé de notre processus. Nous retrouvons ici l'importance de s'accorder sur les moyens plutôt que sur les fins.

2.4.4 Enaction-Sélection-Rétention

En 1979, Weick propose le modèle E-S-R pour expliquer le processus organisant. Nous avons précédemment évoqué (§2.3.3) que l'enactement était en fait une « inter-structuration » entre action et représentation (Brabet, 2006 : 76). Bensebaa & Le Goff, (2006 : 198 et suivantes), partant de ce modèle ont cherché à mettre en évidence les mises en scènes effectuées par les acteurs de l'édition française en regard des perturbations de leur environnement. Ils ont analysé chacune des étapes qui se produisaient au cours de cycles perturbation-contestations sélectives-effondrement et montré à quel point « *les acteurs créent leur environnement par les réactions (ou non) qu'ils mettent en œuvre face à un évènement qui semble ébranler leurs équilibres sectoriels* » (p.207).

Dans divers articles repris dans l'ouvrage « Making sense of the organisation » (Weick, 2009) nous permet d'approfondir le concept d'enactement et de saisir le potentiel de création du changement écologique (p.192), d'en reconnaître les impacts (à travers des exemples pris dans des champs aussi variés que la iatrogénie, les rumeurs, des prophéties auto-réalisatrices...), d'en découvrir les perspectives « *Une structure d'équivalence mutuelle peut être construite et maintenue sans que l'on ne connaisse les motifs d'une autre personne, sans que les gens n'aient à partager des objectifs, et il est même pas nécessaire que les gens voient l'ensemble de la structure ou sachent qui sont leurs partenaires. Ce qui est crucial dans une structure d'équivalence mutuelle est la prédiction mutuelle, le partage mutuel. Pour construire et maintenir une telle structure (...) tout ce que vous devez savoir c'est qu'une*

structure d'équivalence mutuelle est très semblable à un contrat implicite »⁴⁰ Ibid p.198. Alors, dans ce paradigme ou l'environnement n'a pas de valeur pour lui-même mais est perçu, l'enactement, ainsi inclus dans un modèle, nous suggère qu'enacter *volontairement* (ie avec un but précis) l'environnement c'est aussi créer un autre champ de vision, donner jour à une nouvelle « portion de flux », c'est faire apparaître de nouvelles ressources, c'est ouvrir la voie à de nouvelles interprétations...L'environnement devient un espace à construire (Daft & Weick, 1984).

Nous avons vu que le processus de création de sens est sélectif, l'acteur se focalise sur certains éléments en fonction de ce qu'il est, de ses projets, de ses désirs. Il va donc écarter une large partie de la quantité d'informations complexes, ambiguës et variées que l'environnement véhicule et dont il ne sait pas s'emparer : « *Une grande variété de croyances devrait permettre de mieux cerner une situation, d'identifier plus de solution et donner un meilleur aperçu de ce qui se passe* »⁴¹ (Weick, 1995 : 87). Les personnes extraient et structurent les signaux pour aboutir à une vision de ce qui se passe et de ce qui se projette et (Vidaillet, 2003 :1 26) rapporte que Weick précise que « *tout moyen qui réduit la charge d'information préstructure ce que les individus vont remarquer et le sens qu'ils peuvent élaborer* ».

Nous avons également vu que le processus de création de sens est rétrospectif, faisant alors que les personnes rationalisent à posteriori leur action, sélectionnant ainsi dans la portion du flux les signaux qui viendront justifier leurs actions passées. Nous nous retrouvons progressivement dans un « cycle », notion chère à Weick (Koenig, 1996), (Vidaillet, 2003) et celle de prophétie auto-réalisatrice : « *une caractéristique est sélectionnée qui fonde une prédiction ; l'acteur, confiant dans la caractérisation opérée, agit avec conviction et pour autant que l'objet ne soit outre mesure résistant, obtient des résultats conformes à la prédiction* ». (Koenig in Vidaillet 2003 : 20).

Mais nous avons vu aussi que pour (Weick, 1995), les acteurs vont chercher à comprendre leur environnement au moyen du dispositif mental dont ils sont pourvus et vont chercher à retrouver un « ordre » (réduire l'ambiguïté de la situation). Bien entendu, la perception, la compréhension et l'objectif de rétablissement de la situation ne sont pas les mêmes chez tous

⁴⁰ Traduction libre

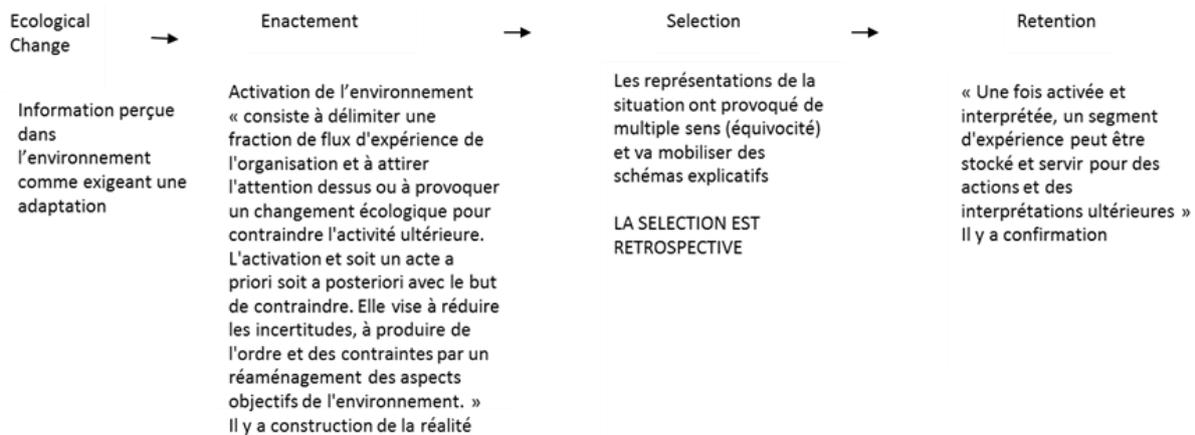
⁴¹ Traduction libre

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

les acteurs. Les personnes n'ont de cesse de résoudre l'ambiguïté que pour réparer l'interruption. Le processus de sensemaking a pour but de mettre en place une représentation de la situation qui le satisfasse (et pas forcément juste ou vraie). Alors, dès qu'une portion d'expérience, interprétée et activée a permis de fournir un schéma satisfaisant il va être stocké et sera mobilisé pour des actions ultérieures (Koenig 1996), (Autissier, 2001). C'est ce que Weick appelle le phénomène de rétention.

Dans le schéma ci-dessous nous donnons à lire le processus selon Weick (1979)

Schéma 6 Schéma adapté de Weick 1979



Nous envisageons d'éprouver le modèle ESR dans la construction de notre projet et certains points feront l'objet d'une attention particulière et serviront d'exemple lors de la mise en œuvre sur le terrain.

- L'environnement est un espace à construire ;
- Le stade de sélection est marqué par la recherche de simplification. Bensebaa & Le Goff, (2006 : 210) indiquent que la recherche de la solution se fait au regard de schémas abrégés de la situation et que la visée est d'obtenir une solution satisfaisante. Nous retrouvons ici Weick, selon qui « *les gens extraits des significations (...) pour produire du sens de manière à poursuivre leurs projets. (...) Les gens essaient de se débrouiller avec ce qu'ils ont sous la main pour réparer l'interruption, se remettre dans l'action et reprendre le projet original ou une version modestement remaniée de l'original* » (Weick in Vidaillet, 2003 : 1),

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

- Notons que (Weick, 1979 : 20) fait appel au concept de « bounded rationality » développé par (Simon, 1957 : 31-43). « *Les individus qui recherchent une solution à un problème ont l'intention d'agir rationnellement mais ils ne le font que d'une façon limitée qui consiste à agir sur la base d'une connaissance suffisante plutôt que la connaissance complète (le concept de satisficing) , sur la base de l'utilisation de règles simples, du moindre effort, et en utilisant des raccourcis chaque fois que possible* »⁴²
- Le principe de la continuité et de l'orientation des décisions à travers un cadre de représentations,
- L'interprétation est contingente du moment.

Le stade de la Réention nécessite la présence de souvenirs. Ainsi, citant (Walsh et Ungson , 1991) les auteurs précisent que « *la réention permet de considérer le présent à l'aune des actions passées et se traduit par la création progressive d'une mémoire organisationnelle qui guidera les acteurs et leur fournira des repères et des références.* » (Bensebaa & Le Goff , 2006 : 211). Ils mentionnent citant (Schelling, 1960) que des « points focaux », définis comme des caractéristiques, des choix, ou des résultats ayant une certaine prééminence, peuvent fournir un moyen d'obtenir l'assentiment des parties. Ils indiquent aussi qu'ils « peuvent être mis en évidence par le traitement habile d'une question par un des acteurs, ou par un médiateur externe (...) ».

Autissier, (2001: 18), quant à lui utilise le modèle ESR afin d'interroger les mécanismes d'assimilation des messages délivrés à l'occasion d'un audit interne. Nous retenons de la lecture qu'il fait de l'assimilation par les gestionnaires d'un message d'audit interne : la présentation qu'il fait des résultats (dont sera tiré notre tableau de synthèse) mais également que des règles spécifiques sont destinées à chacun des stades Activation/Selection/Retention ainsi qu'un certain nombre de cycles permettant d'aboutir à cette *spirale vertueuse*...

2.4.5 Variété Requisite

Comment appréhender un changement écologique ? Sachant que la perception de ce changement est singulière et qu'à la question « *qu'est ce qui se passe ici ?* » nous recevons plusieurs réponses, Weick, (1995: 91) nous dit « *qu'il faut avoir recours à un système de*

⁴² Traduction libre

perception complexe pour saisir un objet complexe»⁴³. Vidaillet, (2003 : 181) a hésité entre variété et diversité pour traduire le terme « requisite *variety* ». Elle nous apprend que Weick utilise « variety » aussi bien pour désigner le résultat de processus de variation que la diversité qui le crée. Cette notion est à rattacher à la notion de complexité, prise au sens étymologique « ce qui est tissé ensemble » qui ramène à la fois au lien entre différents éléments qu'à leur variété. Outil conceptuel comptant comme une hypothèse centrale dans l'œuvre du théoricien du sensemaking (*ibid.*, p.37) il prône qu'une vision monochromatique ne permet pas d'appréhender un système polychrome. Ainsi « requisite » traduit à la fois une nécessité de faire appel à la diversité pour percevoir le phénomène mais aussi pour s'y adapter et le gérer (*ibid.*, p.38). (Weick, 1979 :188) rapporte les propos de (Buckley , 1968 : 495) « *seule la variété peut réguler la variété* »...⁴⁴

Mais au delà de la nécessité d'être « *aussi complexe que le problème à réguler* » (Weick, 1987 : 332), cité par Vidaillet, (2003 : 38), (Weick, 1979 : 193) traite de la variété en prévenant la tendance qui consiste à chercher à la réduire. En effet l'imprévu et l'imprévisible créent la variété, qu'une trop grande habitude de simplification ne permet pas d'appréhender. Il met aussi l'accent sur les difficultés de contrôle et de management de systèmes faiblement couplés hétérogènes dont les efforts tendent à réduire la variété (Vidaillet, 2003 : 39).

Nous retenons alors cette mise en tension entre diversité requise pour saisir et gérer un objet complexe et la tendance naturelle à rechercher la simplification d'un discours commun.

2.4.6 Petits Grains

Nous exposons ici l'analyse de Vidaillet, (2003 : 45), selon laquelle « *le concept de petit grains souligne l'importance dans les organisations de petites expériences concrètes qui réussissent et sont susceptibles d'aboutir à des transformations importantes.* ». Ils sont présentés « *comme des opportunités contrôlables qui produisent des résultats visibles* » (*ibid.*, p.46). Ils sont à la fois la concrétisation d'expériences et permettent de créer des îlots de cohérence (ie des situations compréhensibles plausibles) qui servent de référence pour bâtir d'autres expériences.

⁴³ Traduction libre

⁴⁴ Traduction libre

2.4.7 Les vocabulaires, la conversation, la narration

Allard-Poesi, (2003 : 103) rappelle que pour Weick l'enjeu se situe dans « *la tension dans laquelle les membres de l'organisation développent des compréhensions équivalentes autour de questions d'intérêts communs, qui, réduisant l'équivocité perçue des situations auxquelles ils font face, permettent la coordination de leurs comportements.* » Cette tension prend place dans et par la communication continue et les échanges entre les membres de l'organisation.

Aussi pour Weick, (1995 : 107), « *les mots qui comptent pour moi* », les vocabulaires, l'ensemble des mots qui sont utilisés pour faire sens, constituent des ressources pour le processus de sensemaking. Weick les regroupe sous la bannière d'un contrôle de troisième ordre⁴⁵ qui est aux prémisses de l'élaboration des décisions.

Après avoir saisi toute l'importance de la communication, des interactions qui sont les « *briques de l'organizing* » (Giordano, 2006 :156), nous allons porter notre attention sur des ressources contenues dans les vocabulaires, les conversations, la narration, utilisées par Weick pour permettre le passage du « je » au « nous » : « *Sens intersubjectif devient distinct de sens intrasubjectif quand les pensées individuelles, les sentiments et les intentions sont fusionnés ou synthétisés dans des conversations au cours desquelles le soi passe du «je» dans le «Nous».*⁴⁶ (Weick , 1995 : 71). Ce passage de la « somme des je » au « nous » à travers les échanges et les partages de signification, n'apparaît pas simplement être un saut quantitatif (dû au pluriel), qui saurait être atteint dans un paradigme fonctionnaliste, mais nous apparaît être un saut de nature. En effet nous comprenons ici que le processus de création collectif de sens active l'intériorisation et la rétention de notions communes qui deviendront un élément de constitution des « je » en présence pour qui les connaissances socialement construites ne seront plus des connaissances anonymes et abstraites.

Nous allons voir comment, les vocabulaires, les conversations, la narration, participent de cette transition.

⁴⁵ Pour Perrow (1986) *ibid*, p113 les organisations utilisent trois type de contrôle (contrôle par supervision directe, contrôle par les programmes et les routines et le troisième est constitué par des hypothèses ou des définitions qui sont prises ou données).

⁴⁶ Traduction libre

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

Allard-Poesi, *ibid.*, note que les vocabulaires prennent des formes variées pour jouer des rôles différents dans l'organisation. Elle les distingue en fonction de l'objet qu'ils décrivent et de leur fonction et nous donne ainsi un panorama des vocabulaires descriptifs d'une part (ie ils décrivent ce qu'est le monde) en fonction de ce pour quoi on les utilise. Son tableau de synthèse (p106) nous indique à quel type de notion nous recourons pour comprendre ce qu'est le monde, et quels sont les registres dans lesquels nous puisons de quoi le changer. Ici, l'auteure met en perspective prémisses (postulats et définition) et idéologie ; traditions et paradigmes, histoire et théories de l'action. Nous voyons alors comment les vocabulaires vont légitimer ou influencer la réflexion, véhiculer des principes pour l'action, ou modeler la réalité.

Giordano *ibid.* quant à elle, nous résume l'éloge de la conversation selon Weick en extrayant les éléments suivants (p.165):

- prendre les conversations au sérieux ;
- favoriser les échanges conversationnels, la conversation respectueuse ;
- privilégier le contact en face à face pour faciliter la construction de la confiance,
- apprendre à écouter les autres ;
- se réunir ;
- prôner l'interaction respectueuse.

Nous allons nous arrêter plus longuement sur la narration. En effet, nous y avons beaucoup recours en ETP, soit pour demander aux patients de s'exprimer sur leur ressenti « *racontez-moi l'histoire de votre maladie* », soit pour permettre la transmission de messages, ou encore pour ouvrir des débats entre patients. « *Les vérités inhérentes à tout récit personnel naissent d'un véritable ancrage dans le monde, dans ce qui fait la vie – Les passions, les désirs, les idées, les systèmes conceptuels. Les récits personnels des individus sont autant d'efforts pour saisir la complexité de la condition humaine* » (Josselson & Leandri, 1998).

Nous avons donc cherché à approfondir cet outil et la cartographie générale de l'utilisation de l'approche narrative en contexte organisationnel de Giroux & Marroquin, (2005) nous a fourni la matière.

Qu'est ce que la narration ? Les auteures, qui rappellent que pour (Fisher, 1984, 1989) l'homme est un « *Homo narrans* ». Elles font apparaître, qu'au-delà d'être une forme de

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

discours à travers laquelle nous comprenons, nous nous exprimons et rapportons des valeurs, des faits, des expériences (au même titre que d'autres formes de discours telles l'argumentation, le dialogue...), la narration est à la fois un produit et un processus. En effet, la narration est soit un texte, un produit, soit une énonciation, un processus de « storytelling » bien connu des élèves de troisième, comportant une situation initiale, un élément perturbateur, un dénouement, traduisant ainsi le récit d'un changement, d'une transformation. Cette forme discursive possède le pouvoir de permettre l'élaboration seul ou en groupe de la signification d'une expérience. Elle est comprise en contexte mais joue un rôle dans la création du contexte. Elle est à la fois synchronique et diachronique. Elle n'affecte pas seulement des règles et des normes mais affecte aussi l'expression des émotions. Et c'est à travers les narrations que les hommes établissent pour eux même et pour les autres la signification du monde dans lequel ils vivent.

Elles rappellent que Weick relie le processus de narration à celui d'interprétation. Il le situe au cœur du processus de sensemaking. La narration est utilisée dans une perspective qui met l'accent sur l'interaction et la co-construction de la réalité sociale. Elles citent deux formes de langages en organisation : d'une part des histoires flexibles, interactives, qui sont des communications à partir d'histoires personnelles. D'autre part une approche interprétative qui s'intéresse quant à elle aux représentations des acteurs.

Les auteures répertorient ensuite les usages variés de la narration dans les sciences de gestion : elle peut être source de données, objet d'étude, mode d'analyse, médium de diffusion et instrument d'intervention. Nous retenons celle de Lewin , (2000) dont la visée est de faire construire une vision du futur de l'organisation, ou celle de Hawes , (1993) qui vise stimuler la prise de conscience ou la communication entre les individus.

Elles nous donnent ensuite des informations sur la qualité de la narration : le raisonnement narratif doit être évalué en fonction de sa cohérence interne (plausibilité) et de sa concordance avec l'expérience (fidélité). Dans la perspective processuelle la narration est un mécanisme de construction collective de la réalité. C'est aussi l'outil du chercheur qui décrit le processus par lequel les acteurs construisent leurs représentations du monde *ou négocient collectivement la réalité sociale qu'est l'organisation*. La composition du texte suppose de sélectionner, d'assembler des éléments de prioriser des événements de proposer des étapes alternatives. La performance narrative nécessite de susciter et maintenir l'intérêt, d'utiliser une rhétorique appropriée à l'évènement et un ton convaincant. Les listes qui sont des formules pour l'action, représentant les standards promus par la hiérarchie et véhiculant la rationalité technique. Dans

la vision fonctionnaliste on s'intéresse à la narration comme un facteur pouvant affecter la performance de l'entreprise. Une vision instrumentaliste dans laquelle la narration est un instrument à la disposition du leadership pour favoriser le changement, guider l'action qui attire l'attention, est compris et retenu plus facilement... Ses qualités sont alors la brièveté, la cohérence et l'unité de but et de position.

Elles voient dans la narration un outil de mobilisation : le leader est présenté comme un narrateur (construction de la signification des actions). Cependant, elles montrent aussi que la narration est une mine d'informations pour qui veut comprendre ce qui se joue. L'approche narrative signale qu'il faut prêter l'oreille à l'expression de l'expérience, aux anecdotes, qui peuvent être porteuses de savoir et peuvent influencer ou non la prise de décision collective, à la façon dont les individus communiquent leurs intentions et leurs décisions. Enfin, elle met en relief la dimension symbolique de la vie organisationnelle et la dimension interactive.

Marchand, (2015), note que les récits lorsqu'ils sont « légendes » au sens étymologique (ce qui doit être lu), sont toujours aux fondements d'un groupe social. Lorsqu'ils sont « contes », ils sont porteurs d'informations et véhiculent mémoire collective, normes sociales, dimension morale, avertissements, interdictions. Ils permettent d'expliquer des phénomènes naturels. Ils ont en outre une fonction initiatique en tant que support de cheminement vers un nouvel état ou un changement d'état (passage de l'enfance à l'adolescence, de l'obscurité à la connaissance) et ont à ce titre une portée philosophique (recherche de sagesse, d'équilibre).

Deux thèmes sont retenus : la narration collective réflexive, le changement par la narration. Nous retiendrons également le recours à la narration pour son pouvoir de construction et de transformation identitaire. Enfin, nous retiendrons que la narration permet de convoquer les trois dimensions du processus de création de sens (Garreau, 2009 : 357) la finalité, les sensations/émotions, la réflexion (association de pensée).

2.4.8 La résilience : un mécanisme de reconstruction de sens

Cette notion empruntée à la mécanique et au domaine de la résistance des matériaux, que Cyrulnik a contribué à diffuser dans le monde de la thérapie et que Weick a développé dans le domaine des organisations, est cette propriété de retrouver ses capacités initiales après une altération, un stress, un traumatisme. Partant, Weick s'est demandé ce qui pourrait permettre à un groupe de maintenir une stabilité et un système d'action organisé dans des conditions extrêmes, dégradées imprévues ou inhabituelles (Weick, 1988,1993,1991, 2007, 2010). Au-

delà d'avoir montré que de grands désastres ont eu lieu lorsque les organisations n'ont pas réussi à maintenir un système d'interactions permettant la coordination des acteurs, il se projette dans l'anticipation et prolonge la réflexion afin de trouver des moyens d'éviter les chocs, notamment en étudiant des organisations où l'erreur peut être fatale. Le dénominateur commun des facteurs de résilience (l'improvisation, le bricolage, la valorisation du changement de rôle, la sagesse comme attitude et l'interaction respectueuse) est qu'ils laissent la porte ouverte à l'invention de nouvelles solutions, valorisent la souplesse, maintiennent la vigilance, et des relations de confiance. Ils permettent d'éviter les comportements régressifs et de repli (Vidaillet, 2003) qui ont lieu lorsqu'un événement vient déstabiliser fortement une personne ou un groupe.

2.5 La place des émotions dans le processus de sensemaking

Une question apparaît à Weick, (1979 : 239) comme absente dans le discours organisationnel : « où est la chaleur ? ». Les émotions, la joie, la colère, les frustrations sont difficiles à trouver. Alors qu'il rend compte du processus organisationnel, non pas par la *raison*, non pas par les *contraintes sociales*, mais dans une dynamique de « *perception sélective, de réarrangement cognitif et de négociation interpersonnelle* » (Garreau & Perrot, 2011) ; une dynamique de construction collective de sens, qui prend appui sur les différentes perceptions et interactions entre les différentes interprétations à partir d'un fait déstabilisant ou d'une activité, l'auteur ne pouvait ignorer ce que ressent un être humain dès qu'il y a un décalage entre ses attentes et la réalité. Aussi, il nous invite à prendre en compte les sentiments et les émotions qui sont intimement tissés et inséparables du processus de sensemaking. Notre réflexion, dans le champ de la santé, dans le domaine de l'éducation thérapeutique, ne pouvait également s'en écarter. La souffrance, ce composite d'émotions et de pensées négatives, apparaît, lorsque ce que nous attendons de la vie, des autres, n'est pas conforme à ce que nous espérons, notamment la modification de l'image de soi lorsque l'on se sait désormais atteint d'une maladie incurable. Cette réflexion nous rapproche encore d'une partie de notre activité de soin, l'ETP qui vise à instaurer une relation de confiance à offrir une bienveillance active, pour permettre au patient de se confronter à ses représentations, avec un projet de soin et un état d'esprit différent qui ne cherche pas à guérir mais cherche une qualité d'acceptation qui conduise la personne à faire les bons choix pour sa santé.

Garreau *ibid*, nous apprend que le rôle des émotions n'est pas uniquement à prendre en compte lors du déclenchement du sensemaking, dans l'instant de dissonance cognitive, mais à

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

partir de travaux tels que celui de Weick et al., (2005) il pose que « *le sens se construit via des séquences émotions* » et que le sensemaking devrait être « *d'avantage infusé d'émotions* » qui participent aux côtés de la raison à la compréhension d'une situation.

En fait, Garreau propose de prendre en compte les émotions de deux façons :

1) Nous les retrouvons d'abord dans l'opérationnalisation du concept de sens proposée par l'auteur dans sa thèse en 2009, avec une référence certaine aux trois magistères des philosophes grecs qui gouvernent l'homme : la raison, l'émotion, la passion, que l'auteur résume ainsi « *le sens est construit via l'interaction entre émotion, cognition et les finalités poursuivies par l'individu, et cette approche nous invite à prendre en compte sur un même plan cognition, émotion et finalité (buts) des acteurs, lors du processus de sensemaking.* »

2) Puis, l'auteur fait aussi référence au rôle des émotions dans le processus de création collective de sens pour permettre les sauts de niveau dans le processus d'intériorisation, processus clé de la socialisation. En effet, il s'agit ici de passer de l'acceptation, (ie accepter des éléments externe sans y adhérer), à l'identification (ie l'individu peut s'identifier à des valeurs ou normes) et enfin à l'intégration stade ultime où l'individu a fait siennes les valeurs et normes du groupe.

2.6 La relation entre sens et structure

Qu'est ce qui mène les membres d'un groupe à construire un collectif organisé dépassant les limites de l'interaction (Giroux, 2006) et à concevoir l'action collective simultanément dans *une logique d'échange entre individus* (contrats, conventions...) et dans *une logique de groupe social* (esprit de corps, intérêt commun...) ?

Peut-on considérer que dans ce paradigme, la question de la structure se loge dans la création du cadre, des conditions dans lesquelles les signaux seront émis ? Dans l'organisation du théâtre des interactions ?

D'un côté, Weick nous montre qu'un cadre trop lâche, une absence de définition des rôles ne permettent pas aux individus de parvenir à cette construction collective de sens, n'offrent pas les opportunités nécessaires pour permettre à la vie collective de prendre forme. C'est le terrible incendie de Mann Gulch (Weick, 1993). De l'autre, Weick nous donne à voir une structure si rigide que personne ne s'autorise à sortir de son rang, de son rôle. C'est le terrible accident d'avion de Tenerife (Weick, 1990).

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

Weick place la stabilité et l'adaptabilité d'une organisation dans la force avec laquelle les « sous-ensembles » constitués par les interactions entre les personnes se forment. (Weick, 1979 : 110). Cependant, il vient encore à l'encontre d'une représentation traditionnelle de l'organisation dans laquelle les connexions entre les « sous ensembles » ainsi formés assurent la solidité de la structure, en prônant au contraire qu'un système faiblement couplé préserve l'adaptabilité et donc favorise la flexibilité et le succès.

Lorino *in* (Autissier et al., 2006 : 61) met en évidence une *contradiction* entre le processus dynamique qui conduit à la création de sens qui selon lui est contraire à toute vision de l'entreprise comme « système d'idées » et la place que Weick conserve aux représentations, aux routines, aux cartes cognitives. Il remarque que les instruments renvoient à cette vision duale avec côté structure, les règles, les procédures... et côté sens, la narrativité qui fait appel à l'émotion, à l'imagination, à l'image ; il rappelle que pour (Weick, 2001) les systèmes de haute fiabilité peuvent payer un lourd tribut à ne pas reconnaître la « *rationalité narrative* » et à ne se livrer qu'à la « *rationalité traditionnelle* ».

Partant, nous retenons, non pas une contradiction mais une double polarité. Non pas une tension à maîtriser, mais un équilibre à trouver.

3 Les travaux des auteurs qui se sont emparés du sensemaking

Partant comme nous l'avons vu de la façon dont les acteurs font face à des modifications de l'environnement (Weick, 1979 ; 1993 ; 1995 ; 2001) a cherché à comprendre comment, quand l'environnement ne permet plus l'action routinière, la vie collective se forme, se poursuit ou se disloque. Nous venons d'aborder cette approche originale du psychosociologue des organisations, pour qui la coopération n'est pas le résultat d'un mode d'organisation du travail mais est le fruit d'une combinaison subtile d'acteurs, de relations et de circonstances. Nous n'avons pas la prétention d'avoir tenté de faire le tour de sa féconde pensée, mais nous sommes appuyées sur ses travaux pour réfléchir aux questions que nous nous posons, tant sur le plan professionnel, qu'universitaire.

Nous allons maintenant poursuivre notre exploration de la théorie du sensemaking en nous intéressant aux principaux domaines dans lesquels cette approche a été reprise par les chercheurs en science de gestion. Là encore, compte tenu de la nature de l'approche (la création de sens), nous ne prétendons pas pouvoir circonscrire dans une revue une telle force, capable d'animer toutes les dimensions de la vie sociale. Nous présenterons donc cette analyse sous la forme d'un tableau synthétique récapitulant les champs d'étude du sensemaking dans les organisations et les principaux auteurs qui nous ont guidées dans notre approche du CareHolder dans laquelle l'action permise par la pratique d'une activité de soins est à l'origine du processus.

Tableau 2 Les travaux des auteurs qui se sont emparés du Sensemaking

Champs de recherche	Dimensions explorées	Auteurs
Sujet	Capacité de résilience Émotions Attentes Résistance au stress Intérêt Envie Interprétations/ Représentations/ Assimilations	Brabet, (2006) Vidaillet (2003) (Autissier, 2000), (2001) (Autissier & Wacheux, 2006) (Garreau & Perrot, 2011)
Communication	Rôle dans le processus organisationnel	(Giordano, 2006) (Giroux, 1994). (1998)

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

	Communication interne Entreprises considérées comme un « assemblage de structures de communication » « mise en scène » de connaissances organisationnelles Communication organisante	(Aïssani & Bordes, 2007) (Grosjean, 2011) (Hachour, 2011)
Social	Processus de formation du « nous » « Faire sens avec l'autre, faire sens de l'autre »	(« faire sens avec l'autre, faire sens de l'autre steyer - Google Scholar », s. d.)
Stratégie	Promulgation de l'environnement Formulation de préoccupation par les dirigeants Diagnostic stratégique Changement stratégique Construction de sens des situations	(Bensebaa & Le Goff, 2006) Vidaillet (2003) Balogun et Johnson (2011) Marmuse, (1999) Gioia et Chittipeddi (1991) (Garreau & Mouricou, 2012) (Journe, 2007) (Rouleau, 2005) (Szpirglas, 2005)
Changement	Mise en action Adhésion Adaptation Résistance Engagement Évolution Rôle de certains acteurs dans le déploiement du changement	(Vandangeon-Derumez & Autissier, 2006) (Autissier, Vandangeon, & Vas, 2010) Maitlis (2005) Maitlis & Lawrence (2007) (GUILMOT & VAS, 2011) (Desjardins, Lapointe, & Pozzebon, 2006)
Autres situations organisationnelles particulières	crises, inattendu, pilotage ou déploiement de projets, intégration des soins, d'apprentissage organisationnel, démarche qualité, mécanisme d'assimilation d'un audit interne, compréhension des risques	Laroche & Steyer, (2012) Garreau & Mouricou, (2012) (Garreau, 2009) Corvellec et Risberg (2006) Pralong, (2008) Sylvain, (2013) (Autissier & Wacheux, 2006) (Laroche & Steyer, 2012)
Instruments	Dimension Relationnelle Dimension opérationnelle Dimension symbolique	Lorino, (2002) ; (2006) (2007) (David, 2006) (Daft & Weick, 1984) (Swieringa & Weick, 1987)
Résilience	Processus d'apprentissage post-crise Absorption et gestion du « choc »	(Hollnagel, Journé, & Laroche, 2009) Weick et Sutcliffe (2007) (Therrien, 2010) (Altintas & Royer, 2009)

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

Fiabilité organisationnelle	Fiabilité versus performance Tension versus contrôle Maintenir les interactions pour obtenir la fiabilité Importance des signaux faibles	(Autissier, Bensebaa, & Koenig, 2006) (Brion, 2005) (Caron-Fasan, 2001) (Weick, 2007) <i>en collaboration avec Sutcliffe.</i>
------------------------------------	---	--

Nous avons brossé un petit répertoire de situations dans lesquelles le sensemaking a supplanté, un « *ensemble de relations de travail prescrites et standardisées couplées à un système strict d'autorité formelle* » (Mintzberg, 1996 : 25).

Nous approchons à notre tour la théorie du sensemaking non plus pour répondre à une problématique frappant une organisation déjà constituée et pour laquelle l'approche par le sens représente une façon de rompre avec une vision réifiée de l'organisation (Vidaillet, 2003 : 6), une façon de se pencher plus sur l'organisant que sur l'organisé (Autissier et al., 2006 : 9), une nouvelle manière de répondre à un malaise envahissant le monde de l'entreprise (Autissier & Wacheux, 2006), mais en cherchant à comprendre si et comment une approche par la création collective de sens pourrait réunir et structurer une diversité d'acteurs, sans liens organisationnels prédéfinis et qu'aucune autorité supérieure n'oblige à travailler ensemble.

Mais avant de se faire, il nous reste maintenant à nous pencher sur le rôle particulier de certains acteurs dans le processus de création collective de sens qui a été décrit dans la littérature des sciences de gestion. Acteurs dont la mission particulière serait de faire émerger des significations dans des situations de confusion ou simplement nouvelles.

Un rôle ,que d'emblée, nous avons rapproché de celui du soignant-éducateur, qui intervient pour cheminer aux côtés d'un patient, mettre à sa disposition des ressources et accompagner son processus de réflexion, au cours d'entretiens individuels ou de séances collectives. Le processus de réflexion portant sur des comportements à adapter ou à modifier dans le cadre d'un projet de vie, modifié par des circonstances extérieures.

4 Le sensegiver

⁴⁷ « Sensemaking et sensegiving sont deux processus interdépendants, le second permettant de mettre en lumière comment certains acteurs y jouent un rôle particulier, en influençant la dynamique de construction collective de sens durant l'action. Ainsi, dans leurs travaux sur le changement stratégique, (Gioia et Chittipeddi, 1991) décrivent quatre phases au cours desquelles le dirigeant insuffle une nouvelle vision stratégique dans son entreprise : *visionner* durant laquelle le dirigeant insuffle le sens initial, *signaler* consistant à diffuser ce nouveau sens, *revisiter* quand les acteurs interprètent ce sens, et enfin *énergiser* permettant l'appropriation de la nouvelle vision par un processus de construction de sens soutenu par un effort de communication et un engagement dans l'action. Les première, seconde et quatrième phases précisent le rôle du sensegiver, la troisième est l'apanage des sensemakers. Les deux auteurs assimilent ces différents processus à un modèle de type input/output où l'information sert d'input, le processus de sensemaking correspond au processus transformationnel et l'output se traduit par le processus de sensegiving. Le sensegiver joue ainsi un rôle essentiel de « mise en sens » (Corvellec & Risberg, 2007) entendu, pour ces deux auteurs de deux manières, ainsi que permet la langue française, sens et orientation (i.e. orientant la manière dont l'action doit être perçue par les acteurs).

Ce rôle d'influence est double : il porte sur la fabrication collective du sens (*contenu* que donne chaque acteur à l'action) et sur les relations entre acteurs que le sensegiver tente aussi de manipuler. Ainsi, « *au sensemaking, qui suppose l'émergence d'une représentation permettant de comprendre le monde et des acteurs créateurs de sens, nous opposons le sensegiving qui s'appuie sur une représentation préexistante et est réalisé par des individus apporteurs de sens qui cherchent à influencer les relations d'autrui* » (Garreau et Mouricou, 2012:141). L'expression originale de Gioia et Chittipeddi, (1991 : 442) de « *preferred definition of organizational reality* » signifie plus spécifiquement que ce sens est donné / promu comme une vision aux autres acteurs : « *il s'agit (...) d'opérer un travail de*

⁴⁷ Nous reportons ici un extrait d'un article écrit par BIBAS et GRENIER en mai 2015 et qui a été proposé à la parution. §4 et 4.1

sensegiving en persuadant leurs collègues du bien-fondé de leur conception du projet ou de les faire adhérer à leurs priorités » (Garreau et Mouricou, 2012 : 145). D'une manière générale le sensegiving va opérer comme un cadrage du projet avant sa mise en déroulement et sa fabrication au cours des interactions entre acteurs, mais également tout au long de ce processus (Corvellec et Ribsberg, 2007).

Enfin le sensegiving s'appuie sur des indices (*cues*), qui de même que dans l'activité de sensemaking, assoient la construction de sens. Cependant, alors qu'au cours de ce dernier, les acteurs extraient de l'environnement des indices pour élaborer le sens qu'ils en donnent, le sensegiving consiste davantage à proposer (Corvellec et Ribsberg, 2007) des indices qui à la fois rendent compte des intentions du sensegiver mais aussi de ce que les acteurs peuvent comprendre, selon un effort de traduction (Latour). Dès lors, la facette relationnelle de ce processus revient d'une manière plus fine. Certes elle concerne ce qui se joue dans les relations, mais également qui sont ces acteurs participant à l'action collective.

Quelques travaux examinent l'activité de sensegiving dans des contextes similaires à notre terrain de recherche : développement de projet ou d'activités stratégiques, (Corvellec et Risberg, 2007) ; (Garrou et Mouricou, 2012) et montrent combien le sensegiver promeut la signification et organise la « *mise en sens* » de ces projets. Cependant, dans les situations étudiées, les acteurs sont donnés a priori (soit parce que l'action se déroule dans un contexte organisé préexistant, soit parce que la réglementation les énumère) et leur diversité n'est pas questionnée. Au contraire, notre recherche porte sur la conception ex nihilo d'un dispositif, que l'on peut envisager comme un processus de conception (et d'implémentation) ouvert (Hatchuel, 1996) dont l'identification des acteurs et leur diversité sont questionnées.

4.1 La question du SG au prisme de la diversité des acteurs⁴⁸

Nous nous arrêterons donc dans cette partie réservée au sensegiving, sur cette double question de la diversité et de l'identification des acteurs. Alors que la diversité des acteurs joue un rôle positif pour innover, parce qu'elle fournit une variété d'interprétation (Levitt & March, 1988) sur l'action à mener, elle peut tout autant perturber ou bloquer celle-ci. Parce que divers, ces acteurs peuvent avoir des difficultés à interagir, à se comprendre, et ainsi faire

⁴⁸ Cette question sur le rôle du SG au prisme de la diversité des acteurs a été traitée par Ferrera Bibas et Grenier, lors du 6^{ème} colloque santé KEDGE BS organisé par le Pr Grenier en avril 2015 et est ici reportée comme telle.

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

tenir un processus collectif de sens ⁽⁴⁹⁾. Il peut en résulter une coordination difficile entre acteurs, pouvant conduire à des formes d'organisation couteuses en termes cognitif (création de savoir d'articulation, (Carlile, 2002) ou managérial -gestion de la coopération, (Carlile, 2002).

Double question car nous considérons la diversité et l'identification comme les deux facettes d'une même manière d'appréhender l'acteur, dès lors que nous déclinons la question de l'identification de la manière suivante : non seulement avec quels acteurs agir ? Mais également « qui » sont ces acteurs qui vont agir ? Disant cela, nous nous écartons d'une vision essentialiste de l'individu, défini en dehors du contexte même de l'action, et souvent envisagé de manière homogène (Zanoni & Janssens, 2004). Ce qu'est un individu est observé au niveau de celui-ci ou de son groupe dit d'appartenance, et l'individu de par ses caractéristiques dominantes est supposé se comporter comme ce qu'il est, quelle que soit l'action.

En conséquence, nous considérons la diversité des acteurs, non pas comme « ce qui est différent » mais comme une construction sociale (Zanoni et Janssens, 2004) quand les acteurs se définissent dans l'action en fonction de et par rapport aux autres. Cette construction sociale se fait par les discours, les comportements ou des symboles que les acteurs mobilisent (Ibid.) et reflète des pratiques et structures de pouvoir dominantes que ces acteurs réaffirment ou cherchent à modifier.

Nous focalisant sur la figure particulière du sensegiver, nous nous demandons alors si, et comment, cet acteur bien particulier va, durant les phases de *visionner*, de *signaler* et d'*énergiser*, et en produisant / proposant des indices particuliers, construire cette diversité des acteurs (Grenier, 2015) pour les influencer durant le processus de conception et de déploiement d'un dispositif organisé. Dans cette question, se trouve aussi celle de définir ceux qui vont participer à l'action collective, venant ainsi enrichir certains travaux (Corvellec et Risberg, 2006 ; Garreau et Mouricou, 2012 ; Grenier, 2015) qui questionnent peu ce point, y compris quand l'action n'est pas menée dans un contexte organisationnel ou inter-organisationnel clairement défini au départ. »

⁴⁹ Comme nous l'avons exprimé dans l'introduction, la perspective weickienne ne conditionne pas l'action collective à un sens collectif (et partagé). C'est la construction qui est un processus collectif. C'est pour cette raison que nous ne renvoyons pas à d'autres littératures qui mettent davantage l'accent sur les conflits cognitifs (Porac et Mishina, 2002).

4.2 Quel(s) rôle(s) pour le sensegiver ?

Dans leur lecture critique de la pensée Weickienne, (Boutiba & Kammoun, 2015) évoquent une négligence du processus de sensegiving dans les travaux du théoricien du sensemaking. Pour notre part, nous saisissons dans cette « négligence » une insatisfaction quant au fait de « donner du sens ». L'œuvre de Weick a soutenu, selon nous, une grande liberté de pensée sous-jacente au processus de création de sens, tout en étant parfaitement lucide sur certaines faiblesses de la condition humaine (comportements régressifs, vision limitée, puissance des préjugés...).

Nous décelons une tension dans la compréhension de ce rôle.

D'une part nous avons un mot évocateur d'une influence à déployer dans un groupe, une organisation (donner du sens). Nous sommes dans le champ de la stratégie et du changement. Nous avons à faire à un leader qui cherche à communiquer une nouvelle vision :(Gioia et Chittipeddi ; 1991), (Gioia, 2010), (Rouleau, 2005).

D'autre part, nous avons une théorie qui favorise les échanges pour aboutir à une portion de compréhension commune susceptible de générer la coopération. Ici le sensegiver serait plutôt un passeur, un traducteur, un transformateur (Grenier et Bernardini, 2015). Il chercherait à permettre la coordination de l'action dans l'organisation (Maitlis & Lawrence, 2007), (Fiss & Zajac, 2006).

Une autre facette nous interpelle dans cette tension entre *donner* du sens et *faire émerger* du sens. Dans une communication⁵⁰, Steyer qui s'interroge sur l'aspect social du sensemaking, insiste sur la dynamique intersubjective du processus de création de sens en accentuant l'idée que création collective de sens et création de sens collectif sont deux choses bien distinctes. Elle pose dans ce papier la nécessité d'articuler les sens nés de cette dynamique intersubjective, dans laquelle chacun des acteurs peut être un « donneur de sens délibéré » (p15). Phénomène que nous retrouvons dans l'ETP. Elle souligne les effets du sensegiving intimement liés au sensemaking qu'elle retrouve dans la partie « *ce que je dis* »⁵¹ et qui ont des effets sur le sensegiver lui-même. Elle révèle que la question du sensegiver a surtout été abordée dans la littérature au regard des effets qu'il produisait sur ses cibles et non pas de la

⁵⁰ Disponible sur le site AIMS et consultable <http://www.strategie-aims.com/events/conferences/4-xxeme-conference-de-l-aims/communications/1388-faire-sens-avec-lautre-faire-sens-de-lautre/download>

⁵¹ De la proposition de Weick « comment puis-je savoir ce que je pense avant de savoir *ce que je dis* »

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

façon dont est traité l'autre dans le processus de sensemaking d'un individu. Elle nous invite à penser la liberté des sensemakers, à la vigilance quant à la pérennité d'un sens qui serait donné par autrui, et, posant la question de la façon dont on fait sens des autres, nous éclaire sur le fait que l'on peut faire sens *de l'autre*.

Nous nous proposons dans ce travail de regarder quel rôle peut avoir un « donneur de sens » dans une réflexion qui s'élabore pas après pas, au cœur d'une théorie qui porte en elle et véhicule des notions telles que l'inachevé (processus), la création, l'intersubjectivité, la rétrospection...

5 Questions de recherche

5.1 Un projet à la fois professionnel et universitaire

L'objectif est d'expérimenter la mise en œuvre et de contribuer à la connaissance de la fabrique d'un dispositif réunissant les professionnels des secteurs médical, social et médico-social d'un territoire et les usagers du système de santé, en conservant les valeurs associatives comme étant fondatrices du groupe (Castro, 1990)⁵², en conservant les valeurs fondatrices de notre Système de Santé. En effet, travaillant sur la construction collective de sens, nous ne pouvons pas envisager de passer par d'autres voies, certes autorisées par la loi HPST (ie les maisons médicales ou les Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires), mais faisant intervenir un intérêt financier direct pour inciter les participants à coopérer et créant selon nous un modèle libéral naissant en regard d'un bloc hospitalo-hospitalier...

Nous entendons donc par dispositif un agencement faiblement structuré mais organisé par la régularité de ses activités et le sens porté par les différents acteurs. Et nous utilisons le terme de fabrique pour désigner, en référence à (Golsorkhi, 2006), tant la construction de sens elle-même que le contenu du dispositif qui en résulte (ou encore la grammaire selon Weick).

Notre objectif n'est pas d'« accéder à l'essence du réel », il n'est pas d'expliquer mais de comprendre (Le Moigne, 1995). Nous ne cherchons pas à prouver une quelconque relation entre la carte et le territoire, **mais à construire une carte susceptible d'avoir une utilité pour mener une action sur un territoire**. Notre hypothèse est de nature téléologique (Le Moigne, 1995) et la médiation de l'objet par le sujet prend la forme du projet (Le nouvel esprit scientifique, G. Bachelard, 1934, p15 cité par Le Moigne, 1995, p57).

La théorie et la pratique nous sont toujours apparues comme étant entremêlées dans le but de permettre une meilleure compréhension pour une meilleure action sur le monde. En même temps, nous ne pouvons concevoir que le terrain ne soit qu'un *alibi* (Martinet, 2000:153).

⁵² (ie : en opposition aux projets de parcours de santé pris en main par des sociétés commerciales ce qui est le cas actuellement avec le développement des prestataires qui étendent leur métier premier, la livraison de matériel médical, à la coordination des soins qui fait notoirement défaut sur le terrain)

PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

Ainsi que le dit Glasersfeld (1988:35): « *L'efficacité d'une clé ne dépend pas du fait de trouver une serrure à laquelle elle convienne : la clé doit seulement ouvrir le chemin qui mène au but précis que nous voulons atteindre* ».

Nous nous plaçons sous l'égide de (Grawitz, 1979:497) pour justifier notre démarche et nous appuyer à la fois sur la théorie et sur la pratique. La théorie permet d'ordonner la réalité, de tracer un schéma d'observation, d'émettre des hypothèses, de parvenir à des explications. L'expérimentation permet d'aller au delà, refond, réoriente, clarifie la théorie. Ainsi « *la connaissance que construit le sujet par son expérience organise à la fois la connaissance de l'objet et le mode d'élaboration de la connaissance par le sujet* », dit (Le Moigne, 1995) expliquant la formule de Piaget :

« *L'intelligence et donc l'action de connaître ne débute ni par la connaissance du moi, ni par celle des choses comme telles, mais par leur interaction ; c'est en s'orientant simultanément vers les deux pôles de cette interaction qu'elle organise le monde en s'organisant elle-même* » (Piaget cité par Le Moigne, 1995 :71).

Rompant avec une approche du processus de SENSEMAKING comme moyen d'accompagner une incertitude du contexte organisationnel, nous souhaitons envisager l'hypothèse que la construction collective de sens puisse être à l'origine d'une construction sociale s'organisant *ex-nihilo*. En effet, peu d'auteurs ont étudié l'aspect social du sensemaking lors de la promulgation d'un dispositif d'action collective organisée et l'impact qu'il peut avoir sur son déploiement dans le temps. Partant, nous nous sommes proposées d'interroger la perspective du sensemaking, non plus en nous focalisant sur les éléments du processus incarnés en un point précis de l'organisation (acteur, outil, décision stratégique, crise, changement organisationnel...) **mais en nous demandant comment un processus de création collective de sens permettrait d'initier et de stabiliser dans le temps un dispositif d'action organisée** entre des individus caractérisés par la diversité de leurs pratiques, de leurs cultures, de leurs modes de rémunération, de leurs objectifs et de leurs intérêts. Entre des acteurs indépendants les uns des autres, dont les normes de fonctionnement sont réglées par des organisations différentes ne disposant pas des mêmes cadres pour appréhender une situation dans laquelle ils seraient tous cependant parties prenantes.

Nous envisageons donc de chercher à comprendre comment se dessine un processus qui conduit des individus qui n'ont à priori de commun que le soin porté aux personnes sur

lesquelles ils exercent leur art, d'adopter une approche plus collective et comment pourrait se dérouler un processus de création de sens ex-nihilo.

Notre première question de recherche à donc été la suivante :

5.2 QR1 En quoi consiste le processus de création de sens à l'origine du care-holder ?

Nous avons ainsi puisé dans la théorie du sensemaking (Partie I) les notions qui nous ont amené à opérationnaliser la création de sens dans notre projet. Notions qui présentent des parentés certaines avec celles qui sont activées dans les dispositifs d'ETP. D'où notre première approche : « **une activité de soin, construite sur la base de l'ETP, permet-elle la mise en œuvre du processus intersubjectif et récursif de la suite interprétation - interaction -création de sens- action ?** »

L'examen de cette question nous a amenés sur le chemin d'une nouvelle question de recherche :

5.3 QR 2 : « comment se structure le CareHolder ? »

Ici, la structuration progressive des piliers autour desquels se construit le dispositif d'action collective dans un environnement dominé par des exigences stratégiques, opérationnelles et clinique, initie une réflexion sur les éléments qui l'ont soutenue. Cette question fera l'objet d'une narration du processus de structuration (Partie III). Elle témoignera de la façon dont la théorie et le terrain se sont mutuellement enrichis et répondus. Elle reflètera la manière dont nous avons procédé. Comprendre et expérimenter, percevoir intuitivement et analyser, balancement rendu possible par le fait que nous sommes à la fois le chercheur, le sensegiver et le professionnel de santé et que notre objectif est à la fois de réaliser mais aussi d'enrichir la connaissance d'un dispositif en train de se faire.

Cette question nous a conduites à explorer le rôle particulier joué par certains acteurs dans le dispositif et nous amène à une troisième question :

5.4 QR 3 : Quel est le rôle du sensegiver à initier et déployer dans le temps un dispositif d'action organisé dans un contexte de diversité d'acteurs?

Durant la deuxième année de notre thèse nous avons tenu et exploré le rôle du sensegiver. Nous avons tenté de comprendre, tout en cherchant à enrichir la littérature sur le sensegiving quel a été le rôle du sensegiver, comment à partir de la diversité d'acteurs participant à l'action collective et de la relative autonomie de chacun par rapport aux autres, il a réussi à obtenir des actions collectives coordonnées, et comment la création de sens a-t-elle été relayée pour donner lieu à des réalisations tangibles sur le terrain.

6 Conclusion de la partie

Nous venons de justifier notre choix d'aborder la création d'un dispositif d'action collective coordonnée entre les différentes parties prenantes du soin porté à une personne âgée sur un territoire, par le biais de la création collective de sens.

Au cours de ce projet de recherche, nous travaillerons sur deux niveaux d'analyse :

- le déploiement du processus de création collective de sens comme construction d'un processus social basé sur « *la mise en sens* » (Corvellec & Risberg, 2007) d'une action collective coordonnée entre les parties prenantes du Soins,
- le sensegiving dans sa capacité à soutenir le « CareHolder ».

Ces deux niveaux sont convoqués pour :

- initier la structuration d'une action collective mettant en jeu de nouvelles figures d'acteurs et de nouvelles formes de pilotage pour des groupes constitués ex-nihilo, de parties prenantes, marquées par leur diversité au sens de (Grenier, 2008), leur autonomie, leur indépendance les unes par rapport aux autres.
- contribuer à la connaissance et à l'opérationnalisation d'un système coopératif réunissant les professionnels des secteurs médical, social et médico-social d'un territoire, en conservant, nous l'avons dit, les valeurs associatives comme étant fondatrices du groupe (Castro, 1990), en conservant les valeurs fondatrices de notre système de santé.

L'ambition managériale de ce projet se situe donc dans l'étude du processus de création collective de sens pour fabriquer ex-nihilo un dispositif d'action organisée constitué d'acteurs polymorphes, autonomes et indépendants et dans l'étude du rôle du sensegiver.

Au cours de cette thèse nous sommes à la fois intervenant chercheur et sensegiver. Nous avons donc navigué entre théorie et terrain. Nous proposons de schématiser ce procédé en mettant en regard des actions qui ont concerné le sensegiver et les sensemakers (visionner,

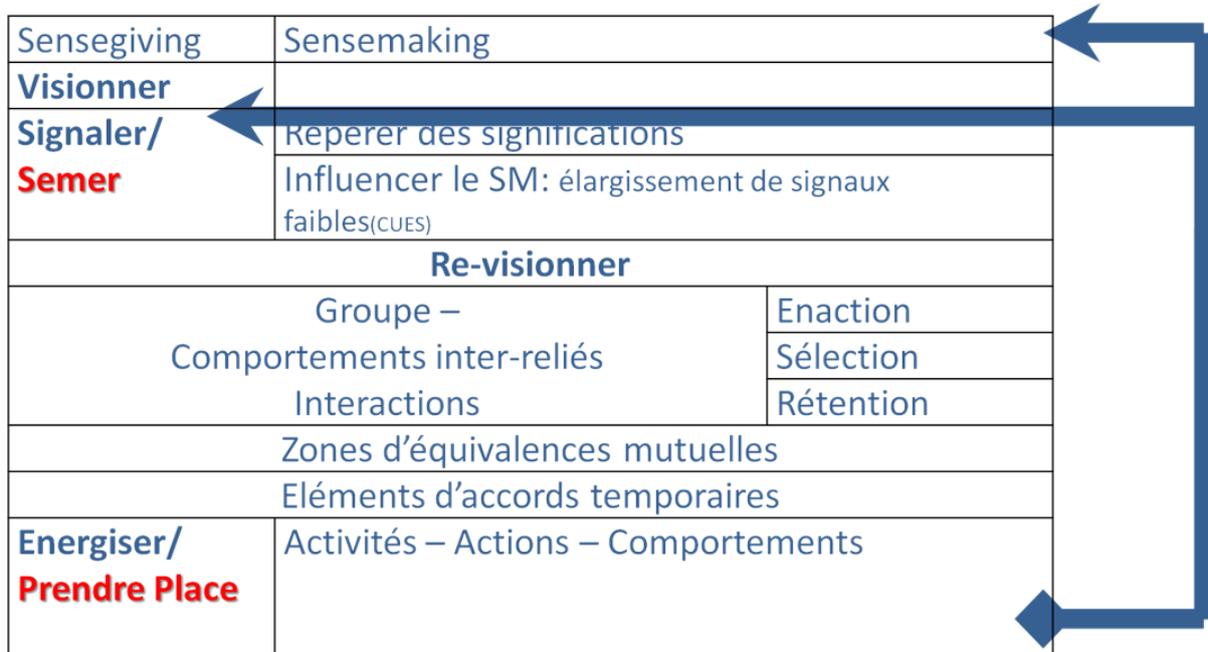
PARTIE I : CADRE EPISTEMIQUE ET THEORIQUE

signaler, re-visionner, energiser) et l'apport de la théorie Weickienne (propriétés du sensemaking, outils conceptuels).

Ainsi, par exemple, pour la phase « visionner » le sensegiver s'est appuyé sur l'idée Weickienne que le sens se construit pendant l'action et est à la base de l'action organisée (Vidaillet, 2003), pour « signaler » il a provoqué la question « qu'est ce qui se passe ici », pour « re-visionner » il a mis en œuvre les outils conceptuels énoncés par (Weick, 1979). Ainsi, il a : 1) provoqué des comportements inter-reliés, , 2) provoqué le processus Enaction-Selection-Rétention, 3) cherché à mettre en valeur les zones d'équivalences mutuelles, et 4) remarqué les éléments d'accord temporaires. Enfin, il a constamment cherché à impliquer les acteurs dans des actions collectives destinées aux patients, lieu de création collective de sens et modificatrices de l'environnement et des perceptions consécutives que les acteurs ont de cet environnement.

Schéma 7 La mise en oeuvre du processus de création collective du sens

(Source : Elaboration personnelle)



PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

« Notre intelligence est le prolongement de nos sens. Avant de spéculer, il faut vivre, et la vie exige que nous tirions parti de la matière, soit avec nos organes, qui sont des outils naturels, soit avec les outils proprement dits, qui sont des organes artificiels. »

Bergson, H. (1993 :75)

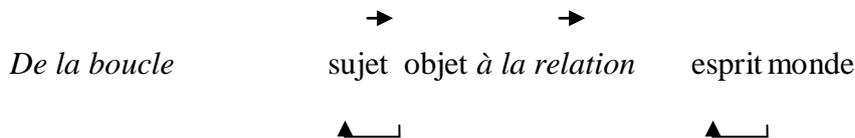
PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

Après avoir évoqué le contexte de la thèse et posé nos questions de recherche, nous allons consacrer la partie suivante à donner à lire notre méthodologie et à fournir des précisions sur notre terrain. Notre recherche est ancrée dans un problème concret du terrain, aussi, nous nous inscrirons dans le champ de la recherche-intervention (Partie II, §1). Nous expliquerons les particularités d'une recherche intervention menée par un chercheur à la fois partie-prenante, concepteur et observateur de son terrain. Nous dirons comment nous avons procédé au recueil et à la collecte d'un foisonnement de données (Partie II ; §2) issues d'un terrain qui sera décrit (Partie II, §3) et qui est aussi le lieu de travail quotidien de l'intervenant chercheur depuis plus de dix ans. Un tableau (Partie II, §2.2.2) récapitulera les dimensions retenues pour le codage des données recueillies.

1 Méthodologie

1.1 Recherche-intervention

Notre recherche est donc ancrée dans un problème concret, perçu lors de notre pratique professionnelle. « *Notre seule réalité immédiate est notre représentation de la réalité, et notre seule réalité concevable est notre conception de la réalité* » (Morin, 1992 : 210). Cependant, (Morin, 1992) note que si la connaissance objective se produit dans la sphère subjective, elle se situe dans le monde objectif. Selon l'auteur, la conception de la boucle représentée ci-dessous évite à la fois l'enfermement de la connaissance dans le sujet et le réalisme naïf qui exclue le sujet constructeur/traducteur/concepteur. « *Elle permet d'envisager à la source de toute connaissance, à la fois l'activité du sujet connaissant et la réalité du monde objectif* » (Morin, 1992 : 210-211).



Nous empruntons à David, (2012) l'hypothèse selon laquelle la recherche-intervention entendue au sens large (action science ; recherche ingénierique en gestion ; recherche action diagnostique ; méthode de structuration des problèmes, participatory action research, action inquiry...) constitue un cadre général dans lequel peuvent s'inscrire de nombreuses recherches en gestion. L'interaction entre le terrain et la théorie est constitutive d'une ingénierie de la recherche en gestion (Girin, 1990) qui incarne le projet général que l'on peut attribuer aux sciences de gestion. Girin, (1986) questionne l'identité du chercheur sur le terrain et met en évidence: « *une compétence, un savoir-faire; une conduite, des stéréotypes mentaux, relationnels, comportementaux; (...) une rationalité, des alliances et des allégeances; des moyens, une légitimité...* » Il est donc un transformateur, un interprète, un concepteur. Il enrichit des comportements, il réalise des formes nouvelles dans des contextes, des problématiques, des projets, des contraintes spécifiques (Martinet, 2000). Il conçoit l'outil support de sa recherche et agit à la fois comme animateur et évaluateur de sa mise en œuvre

PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

(Chanal, Lesca, & Martinet, 1996). La connaissance produite est procédurale et non substantive.

Nous retiendrons des grandes caractéristiques (Girin, 1986) de la recherche intervention que les données sont recueillies directement sur le terrain. Le travail de terrain se fait en cheminant vers un objectif et s'adapte aux circonstances, aux nécessités. Il se heurte à des impossibilités ou s'étend en saisissant des opportunités. Les acteurs de terrain s'impliquent fortement dans la démarche, tout en laissant au chercheur la responsabilité de l'élaboration théorique.

Nous reconnaissons dans le discours de David, (2012) les éléments qui nous incitent à entreprendre notre recherche selon la méthodologie de la recherche-intervention. Cette méthode nécessite que le chercheur intervenant possède, outre la maîtrise des concepts de la théorie des organisations et des connaissances de l'ensemble des outils de management de l'organisation, une compétence au moins généraliste sur l'activité professionnelle des acteurs et un ancrage solide au sein de l'organisation étudiée. En effet, au cours de ce type de processus, l'auteur mentionne que, les modifications seront portées de l'intérieur et non de l'extérieur du système. Pour Moisdon, (2010 : 213) c'est en pénétrant et en intervenant dans l'organisation que le chercheur la modifiera. Il va être concepteur et prescripteur de transformation (Avenier, 1989), (Moisdon, 1984, 2010), (Plane, 2000) (David, 2012). La question de sa légitimité apparaît donc cruciale pour le bon déroulement de la recherche. Notre positionnement de professionnel de santé intégré depuis dix ans sur le territoire d'Allauch, nos responsabilités de coordonateur du programme Asthme Adulte au sein de l'École de l'Asthme, nos implications sociales dans la commune d'Allauch, nous confèrent cette légitimité qui a aussi pour but de faciliter la *coproduction* des connaissances en interaction avec les acteurs du terrain.

Par ailleurs, David *op.cit.* (p.255) met en perspective quatre démarches conduisant à la production de connaissance (observation, conception en chambre, recherche-action et recherche intervention) selon leur capacité à produire des changements. Il ressort de cette comparaison que la recherche-intervention a pour objectif une construction concrète de la réalité (versus construction mentale de la réalité), qu'elle a pour point de départ un projet (versus une observation de l'existant). Sa démonstration montre deux dimensions complémentaires d'un processus de recherche : *le degré de formalisation du changement* (qui indique le degré de définition formelle des changements produits ou à produire par la recherche) et *le degré de contextualisation* (qui indique le degré d'adaptation de

PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

l'organisation aux innovations envisagées) qui fonctionnent ici de manière interactive. Conception et implémentation sont gérées simultanément.

Reprenant les points clés de la méthodologie de la recherche action, (David, 2012) insiste sur les propriétés conférées au terrain par ce type de recherche. Il ne constitue pas seulement un lieu d'expérimentation d'où l'on va déduire des constantes et penser des régularités (p.256). En effet, nous l'avons déjà justifié, dans notre questionnement, la connaissance n'est pas produite « *pour elle-même* ». L'exploration de l'existant s'ouvre sur ses transformations possibles. Le terrain est bien un *lieu d'émergence de connaissances contextuelles*, sur la coopération d'acteurs pour accompagner la Santé des personnes (ici des personnes âgées), qui pourront enrichir le corpus de connaissance théoriques (Yin, 1984). Compte tenu de la finalité du projet, nous envisageons aussi l'émergence de *nouvelles figures d'acteurs*, de *nouvelles trajectoires possibles* (p.252), dont on analysera les difficultés, la portée et l'éventuelle exemplarité.

Cependant, la recherche-intervention, qui s'est développée en particulier autour de la conception et de l'implémentation d'outils de gestion (Moison, 2005) soulève des points de réflexion que nous aurons à discuter au cours de cette recherche. Ainsi David (*op. cit.*) : évoque une « rupture épistémologique » (p.244) pour évoquer la « coopération active » entre le chercheur et le terrain qui à l'inverse de l'observation classique n'est pas à considérer comme un biais (Grawitz, 1979) qu'il faudrait circonscrire mais constitue le principe même de l'intervention. Il ressort cependant de cette remarque *que l'action du chercheur doit donc être elle même soumise à l'analyse*. Il précise que le lieu de production de la connaissance et celui de leur validation ne sont pas séparable. Le chercheur doit donc en tenir compte pour garantir la scientificité de la validité interne (cohérence logique) et externe (conditions de généralisation) de sa recherche. Il rappelle que l'élaboration du projet doit être rapide, souligne que le chercheur parcourt différents niveaux théoriques et dialogue à la fois avec le terrain et avec les théories générales. Ceci a des conséquences sur la validation des connaissances et sur l'établissement de la revue de la littérature puisque les théories doivent être constamment revisitées en fonction des matériaux empiriques (p.253). La structure académique traditionnelle de la thèse sera affectée par des aller-retour constants entre terrain et revue de la littérature (Le Moigne, 1993).

Notre abord méthodologique va donc consister à créer les événements permettant les interactions qui vont être le théâtre d'émission de signaux qui pourront s'ils sont perçus permettre aux acteurs de partager des significations, et donc d'opérer un processus de création

PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

collective de sens. Nous remarquons que notre démarche de recherche est ici très proche de *ce qui est recherché au sein du dispositif d'ETP* où, à la suite d'un élément destiné à provoquer une « réaction » (récit, étude de cas, mise en situation), le soignant est là pour favoriser l'expression et le partage de signification et à amener le groupe qu'il conduit à réfléchir sur l'adéquation de son comportement à son état de santé.

Nous retiendrons ci-dessous les différentes phases de la recherche-intervention que nous retenons des explications données par David, (2012) et Avenier, (1989; 2004) et que nous adaptons à notre recherche comme suit:

- construction de l'objet par la confrontation de connaissances théoriques avec le problème du terrain.
- élaboration d'un processus permettant l'intervention
- intervention sur le terrain
- élaboration de connaissances concernant les transformations observées

1.2 Question du rapport du chercheur et de son terrain

Cette recherche s'inscrit dans une démarche de co-construction de futur souhaitable, où conception et expérience sont enchâssés et se nourrissent l'une l'autre pour aboutir à une transformation du milieu (Centre culturel international Cerisy-la-Salle, Colloque, Hatchuel & Weil, 2008).

Le terrain est le point de départ et d'arrivée (Le Moigne, 1995). Le terrain est directement confronté aux problématiques. C'est bien sur le terrain que les questions ont émergé, c'est sur le terrain que les acteurs auront la possibilité de valoriser leurs initiatives (Martinet 1997).

Le chercheur a des modèles en tête (la théorie) qui lui permettent un angle de vue pour appréhender le terrain en n'omettant pas ainsi que le souligne (Watzlawick, 1984) en épitaphe du chapitre quatre de son ouvrage « la Réalité de la Réalité » citant Albert Einstein: « *c'est la théorie qui décide ce que nous sommes en mesure d'observer* ». Ce n'est donc pas une réalité empirique qui crée l'objet mais le point de vue pris sur elle.

Reprenant une nouvelle fois Girin, (1986) et David, (2012), nous partons de l'*intérieur* pour aller vers l'*extérieur* (la conceptualisation).

Si, dès le départ, notre obstination à conduire ce projet nous a permis d'avancer et de transformer en opportunité les obstacles rencontrés sur le terrain, la question du statut

cognitif, la formulation du problème, la validité de la connaissance produite pour ne pas faire de ce travail un simple *rapport de consultant* nous sont apparues beaucoup moins aisées.

Nous allons donc tenter d'interroger la scientificité de notre recherche en nous appuyant sur des auteurs qui ont répondu à la question de la valeur des connaissances en science de gestion soit pour défendre son positionnement académique, soit pour discuter de l'équilibre difficile à trouver entre une science construite à partir de l'expérience et une science qui se construit sur des théories générales, entre un savoir universel ou subjectif, entre scientificité et actionnabilité, entre sciences et pratiques théorisées : (David, 1999) (David, 2004) (David, Hatchuel, & Laufer, 2012) (Hatchuel, 1994) (Hatchuel, 2000) (Hatchuel, 2005) (Martinet & Pesqueux, 2013) (Martinet, 2000) (Chanal et al., 1996) (Chanal, Lesca, & Martinet, 1997) (J. Girin, 1990) (Baumard, 1997) (J. L. Le Moigne, 1995) (J.-L. Le Moigne, 1993) (Charreire & Huault, 2001).

1.3 Question du statut et de la validité de la connaissance

Nous venons d'acter que les données saisies ne seront pas indépendantes de la forme dans laquelle elles ont été saisies. De même, nous retenons que Le Moigne, (1995) insiste sur le « *contrat social* » que le constructivisme associe à tout discours épistémologique. Le but de notre recherche étant bien d'élaborer des connaissances dont la visée sera d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées sur notre territoire.

Dans le paradigme constructiviste il est concevable que la pensée construise le réel tout en s'y soumettant. La coopération étudiée sous le biais des interactions entre acteurs, comme phénomène qui se construit au cours de l'action est analysée sur la base d'observations directes et mesurée par la participation des acteurs et l'activité du CareHolder.

Comment, à la lumière de ce que nous venons de voir sur les rapports actés du chercheur avec son terrain, pourrait-on être cohérentes avec une position épistémologique où les critères de validité sont vérifiabilité, confirmabilité, réfutabilité ?

Perez, (2006) affranchit la recherche-intervention de la démarche de réfutation au sens de Popper, (Popper, Brudny, & Buhot de Launay, 2006) et la rapproche d'une « *démarche de validation chemin faisant* » (Avenier, 1997) qui ouvre sur deux niveaux d'intérêt : celui pour le terrain et celui pour la communauté des chercheurs. Comme ici la connaissance construite est contextuelle, relative, finalisée, les critères de validité retenus pourront être les critères de « *convenance* » à un objectif, ainsi que l'a postulé Glasersfeld dans Watzlawick, (1988 : 19-

42). L'auteur explique que le constructivisme tente d' « organiser » le monde, non pas de lui « correspondre » au sens d'une correspondance avec une réalité ontologique. La question va porter plus sur le fait de savoir si la connaissance produite va accomplir ce que l'on attend d'elle. (Le Moigne, 1995) parle de produire une connaissance dont la faisabilité est argumentée et expérimentée. « *Le réel existant et connaissable peut être construit par ses observateurs qui sont dès lors ses constructeurs* » (Le Moigne, op. cit.) (p.40). Au sein de cette galaxie la réalité connaissable pour être connue doit être cognitivement construite ou reconstruite intentionnellement par l'observateur-modélisateur et l'hypothèse relative à la construction de cette connaissance fera appel non pas à une « norme du vrai » mais à une norme de faisabilité (p.41). Citant le « *slogan* » de Giambattista Vico (Glaserfeld p.30) « *verum ipsum factum* », l'auteur explique que le créateur d'une chose en est la cause et peut par conséquent la connaître précisément dans la mesure où il en est la cause. Il en connaît les composants ainsi que l'assemblage. Glaserfeld (op. cit. p.33) rappelle cependant que Vico n'a pas omis de considérer que la connaissance rencontre la contrainte liée au matériel utilisé qu'il soit abstrait ou concret et qui résulte lui-même d'une construction précédente. Le matériau utilisé détermine et limite la construction (p.41). Dans ce paradigme, Brasseur (2012 :106) nous affranchit de la question de la « neutralité du chercheur ».

Pour autant, (Drucker-Godard, Ehlinger, & Grenier, 1999) proposent un cadre général pour s'assurer de la fiabilité et de la validité de la recherche. Nous saisissons l'importance de la fiabilité de l'instrument de mesure pour garantir la scientificité des résultats. Nous saisissons l'importance de la pertinence et de la rigueur avec laquelle doivent être menées les opérations de recherche.

Cependant, ici, le chercheur est aussi celui qui mesure alors nous serons soucieuses de la nécessité d'explicitement clairement les règles avec lesquelles nous avons observé des concepts aussi peu directement observable que le processus de création de sens, pour permettre une compréhension commune de la façon dont nous avons exploré les principaux éléments de notre problématique. Nous nous trouvons dans la problématique évoquée par (Angot et Milano, 2007 : 190) où le chercheur apprend à « *s'utiliser comme l'instrument le plus important et le plus fiable de l'observation, de la sélection et de la coordination de l'interprétation* »

Nous nous interrogeons pour comprendre quelles caractéristiques doit posséder notre terrain de recherche afin de répondre à notre projet de connaissance (ie : le processus de création collective de sens peut-il permettre le développement et la structuration du CareHolder). Le

PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

tableau ci-dessous résume les principales questions que (Drucker-Godard, Ehlinger, & Grenier, 1999) invitent à se poser et nous souhaitons souligner que nous ne les avons pas écartées. Les auteures nous ont incitées à comprendre l'importance de ces concepts et à la vigilance quant à ce qui se cache derrière les termes génériques que sont la validité et la fiabilité.

PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

Tableau 3 Composantes de la validité de la recherche adaptée à notre terrain de recherche (adapté de Grenier & Ehlinger 1999)

Composante de la validité de la recherche	Indication	Question que nous nous sommes posées pour la mesure du « concept opérationnalisé »
Validité du construit	S'applique à un concept abstrait qui n'est pas directement observable (dans notre cas la construction de sens) et pour lequel « <i>aucun critère ou aucun univers de contenu n'est accepté comme étant tout à fait pertinent pour définir le concept à mesurer</i> » (Drucker-Godard, Ehlinger, & Grenier, 1999) op.cit. p.266	Le concept opérationnalisé reflète-t-il bien le concept théorique ? Les observations auxquelles nous réduirons le processus de création de sens sont-elles pertinentes ? (validité d'observation) Comment l'opérationnalisation du processus de création de sens pourra-t-elle traduire l'effectivité de la création de ce processus ? (validité de contenu)
Validité Interne	La question de la validité interne de la recherche doit nous permettre de questionner si l'inférence du chercheur est exacte et s'il n'existe pas d'explications rivales (p279)	Le paradigme constructiviste dans lequel nous nous inscrivons nous autorise à utiliser la faisabilité comme critère de validité interne. Notre cadre théorique nous autorise à utiliser la plausibilité (Weick 2003) comme critère de validité interne.
Fiabilité de la recherche	Ici, la question concerne la fiabilité des résultats de la recherche et demande donc de répondre aussi fidèlement que possible de la manière dont a été effectuée la recherche.	Compte tenu de l'influence du chercheur sur le terrain et de l'influence du terrain sur le chercheur, du caractère très opérationnel de notre objectif, nous ne pourrions pas nous reconnaître dans les étapes décrites par les auteures. Pour autant, nous pourrions répondre des étapes du processus de mise en œuvre du CareHolder et de la production de documents en attestant (fiches de présences, nombre de participants, compte rendu des conseils d'administration, autorisations de programmes, accords de financement...). (<u>en annexe de cette thèse</u>)
Fiabilité et validité de l'instrument de mesure	L'instrument de mesure donne la représentation d'un phénomène. Le travail de codage des données brutes fournies permettra une estimation de la fiabilité.	L'instrument de mesure rend-t-il compte (à quel degré) de la réalité mesurée ? Peut-il donner des mesures exactes de l'objet étudié ?

PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

Validité externe	La définition donne à examiner les possibilités de généralisation et de réappropriation des résultats de la recherche, qui dans le cadre d'une recherche qualitative « <i>se présentent souvent sous la forme d'une assertion textuelle ou d'une proposition</i> » p.291	Les chercheuses tiennent compte de la dépendance contextuelle des résultats et autorisent le traitement de la question sous l'angle de la transférabilité sans envisager celle de la généralisation. Elles rappellent cependant l'importance de décrire précisément le contexte.
------------------	--	--

2 Recueil des données :

Nous avons recueilli deux types de données. Des données qualitatives et des données chiffrables (taux de présences...). Krief & Zardet, (2013) discutent du terme « données » au cours d'une recherche qualitative. En effet, la terminologie employée est inappropriée au regard des multiples formes que prennent les données et de la difficulté et de la rigueur que réclament la collecte, la « *capture* », l'extraction, la mémorisation des informations recueillies lors des réunions, des entretiens, comités de pilotages, analyse de tableaux de bord. Faisant référence à Lee, (1998), Seale, (1999), Gephart, (2004) les auteurs insistent sur la nécessité, pour assurer la fiabilité de la collecte de mettre en place des techniques rigoureuses garantant de la traçabilité du raisonnement, de l'organisation des phénomènes et de leurs conséquences. Pour Girin, (1990) il est crucial que le dispositif puisse garantir une « mémoire » permettant de reconsidérer si besoin les analyses faites « *à chaud* » et approfondir des détails à postériori. Nous avons donc procédé lors des réunions de travail de conception des programmes à l'enregistrement des débats. Nous *ne l'avons délibérément pas fait* dans les réunions de comité de pilotage afin de ne pas « brider » l'expression des points de vue. Et, bien entendu, il n'était pas question de procéder ainsi lors des entretiens informels afin de ne pas rompre l'intimité de ces rencontres.

Le matériau est riche, d'autant que nous *vivons au quotidien* dans notre terrain. De fait, l'occasion de recueillir des données se retrouve à la fois dans les moments formels ou à l'occasion de rencontres fortuites. Cette immersion permanente et durable, dans notre terrain, que se soit au sein de notre pharmacie où les rencontres quasi quotidiennes avec les professionnels de santé des secteurs, associatif, municipal, les patients, les bénévoles qui sont souvent des clients de notre officine, ainsi qu'au sein du centre hospitalier, situé à moins de cinq cent mètres de notre lieu de travail et où nous partageons depuis février 2014 un bureau avec l'IDE Coordinatrice et la coordinatrice du Pôle Info Senior, n'est pas classique pour un chercheur. On pourra objecter le risque de perdre le recul nécessaire, dont nous devons discuter, mais en revanche, elle offre, dans la recherche d'un processus de création de sens, la possibilité de saisir la spontanéité. Elle offre également la perspective aux acteurs de terrain

PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

de vivre avec le chercheur le chemin de sa recherche, de s’y intégrer progressivement et dans certains cas, comme nous le verrons dans la réalisation de projets communs de se l’approprier.

Notre recherche porte sur la compréhension de la mise en œuvre d’un processus de coopération entre acteurs des secteurs social, médical et médico-social permettant l’établissement de parcours de santé coordonnés des personnes âgées sur un territoire.

Pour conduire cette recherche, nous l’avons vu nous avons opté pour une méthodologie de recherche-intervention, dans laquelle le chercheur est à la fois concepteur et prescripteur (David et al., 2012). Cette méthodologie nous a conduit à considérer le processus organisant que nous cherchons à comprendre non pas comme un objet, mais comme un projet (Martinet & Pesqueux, 2013). Dans le premier cas, les auteurs citant Nussbaum, (1999) mettent en évidence des caractéristiques de l’objet de recherche que nous comparons dans le tableau ci-dessous à la recherche vue comme un projet que nous apparentons à une recherche ingénierique (Chanal et al., 1997):

Tableau 4 Comparaison objet de recherche, projet de recherche adapté de Martinet et Pesqueux 2013

Objet de recherche Martinet et Pesqueux (2013) reprenant (Chanal et al., 1997)	Projet de recherche
Instrumentalité: l’organisation est un moyen	Nous partons d’un problème concret du terrain
Univers des possibles : donné	Univers des possibles : construit
Absence d’autonomie : (pas de décision)	L’Intervenant Chercheur (IC) est concepteur et co-constructeur avec les acteurs de terrain d’activités de soins
Inertie	Mise en œuvre : le projet se développe et se modifie au fur et à mesure
Fongibilité : l’objet est interchangeable avec d’autres objets	Singularité : le projet est spécifique mais peut donner à voir des représentations de la situation utiles à l’action et des connaissances théoriques généralisables à d’autres situations.

Dans cette optique, nous avons progressivement abouti à la création de plusieurs programmes d’ETP et de groupes de travail. Nous décrirons plus particulièrement le processus qui s’est mis en œuvre autour du programme d’ETP pour le patient âgé douloureux chronique. Dans cette optique, nous avons agencé des « activités de soins » incontournables d’une démarche de parcours de santé de la personne âgée (prévention, maintien à domicile, aide aux aidants,

PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

gestion des états instables...) et y avons intégré tous les acteurs sociaux (bénévoles, associations, aidants, municipalité), médicaux et paramédicaux.

3 Collecte des données

3.1 Méthode

(Nobre, 2006) résume le processus méthodologique de collecte et de production des données et met en évidence deux modalités de collecte : d'une part une *collecte dirigée*, d'autre part une collecte plus *autonome*. Dans le premier cas le chercheur est contraint par les caractéristiques inhérentes à l'objet qu'il envisage d'explorer. Dans le second, il peut se saisir de données qui lui semblent pertinentes pour sa problématique de recherche.

Nous adaptons à notre sujet de recherche le processus méthodologique de collecte et de production des données mis au point par Nobre *op. cit.* comme suit :

PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

Tableau 5 Collecte des données

Processus méthodologique	Collecte et production de données		Objectifs du chercheur	Phénomènes observés
Données propres au processus d'opérationnalisation de la création de sens	Données finalisées et dirigées	Données Primaires - Évènements - Activités - Réunions - Rencontres programmées - Questionnaires	Collecte de données brutes	<ul style="list-style-type: none"> - Présence ou excuse aux réunions - Participation aux activités - Perception d'un « signal » par un participant - Recours aux cadres de référence (expérience, références) - Interprétation (avis) - Interactions : - Partage de signification (modification des avis personnels) - Reformulations - Renforcements (+ ou -) - Questions - Discussions sur l'organisation ou les moyens - Propositions - Rationalisation des actions à postériori
		Données secondaires ⁵³ : - Résultats et tableaux de bord de mesure de la participation - Modification du fonctionnement de l'organisation	État des lieux	
Compte rendu de réunions	Données autonomes	Collecte en temps réel	Mémorisation de phonèmes propres à la progression de la recherche et à la structuration du CareHolder	Participation aux activités Participation aux réunions Comportement des acteurs Prise de décision Faits significatifs pour le chercheur
Rencontres Informelles				
Journal de recherche		Enregistrement chronologique	Mémorisation de l'évolution de la réflexion et des conjectures du chercheur	

⁵³ Nous (ici l'intervenant chercheur) sommes secrétaire générale de l'Association depuis 2010 et disposons donc d'un grand nombre de données sur ce qui avait été fait précédemment (feuilles de présences, compte rendus de réunions, directives données par les tutelles...)

3.2 Précision sur « le matériau »

Notre positionnement dans le recueil des données est indissociable de celui de « sensegiver » SG.

Les différentes occasions de recueil des données ont été les suivantes :

Tableau 6 Les différentes occasions de recueil des données

Rencontres Formelles	Rencontres Informelles
Réunion - rendez-vous Présentation du réseau et des activités Organisation de projets Organisation d'ateliers Demande de soutien et de financements Salons et journées thématiques Conseils d'administration Réunions de bureau Assemblée générale	Sur l'OFFICINE Sur le TERRITOIRE Sur le Centre Hospitalier A l'occasion de rencontres professionnelles

Chaque réunion ou rencontre est une occasion d'interaction. Allard-Poesi, (2003 : 91 et suivantes), explique que dans le paradigme Weickien, les groupes se forment parce que les acteurs ont un intérêt à entrer dans le groupe. Bien entendu, cet intérêt est singulier. Chaque acteur a un objectif propre. En revanche, ils ont une vision commune des moyens à mettre en œuvre pour aboutir à la réalisation de leur(s) objectif(s). Ainsi citant Abravanel, Allaire, & Firsirotu, (1988), le groupe est vu sous l'aspect d'un « *point d'intersection et de synchronisation des fonctions d'utilités individuelles, le lieu quelque peu fortuit où les micro-motivations des acteurs sont transformées en macro-comportements organisationnels* ». L'émergence d'un sens partagé, à fortiori, au sein d'une association réunissant des libéraux, des institutionnels des bénévoles, des élus serait donc une coïncidence qui serait très heureuse certes, mais qu'il apparaîtrait utopique de :

- 1) considérer comme le socle de l'organisation,
- 2) penser qu'elle serait définitive et permettrait ainsi le maintien à long terme de l'organisation !

PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

Nous relèverons cependant des points d'accords temporaires (par exemple la nécessité de mettre en place des activités physiques adaptées, ou sur le rôle du médecin au sein du réseau – cette question sera discutée dans la partie suivante de notre thèse) pour la plupart des participants (mais pour certains ce point est source de problème - la mairie par exemple qui devra proposer aux personnes un moyen de transport vers une activité supplémentaire !, ils resteront cependant car leur position ne leur permet pas de se soustraire à une telle responsabilité...). Ce sont des points d'accords temporaires ou « *zones d'équivalences mutuelles* » qui sont, d'après (Allard-Poesi, 2003) op. cit., p.99, pour Weick à rapprocher d'un « *sens collectif* », mais que nous qualifierons de contextuel et temporaire.

Le point de départ de notre recherche, fait suite à un constat : les acteurs des secteurs, médical, social, médico-social n'ont qu'un seul point de rencontre, motivé par les besoins spécifiques et dans un temps déterminé de la personne requérant leurs soins. Avant et après ce moment, la communication, si elle existe se fait dans le cadre amical, dans le cadre restreint d'une association professionnelle, voir aujourd'hui d'une maison médicale, ou encore dans le cadre d'une formation. Mais les échanges interprofessionnels restent limités.

Nous avons mobilisé les travaux de Weick afin de mettre en évidence les situations dans lesquelles la création collective d'un sens à donner à une action collective devient possible. Nous portons une attention particulière aux leviers (cas, activités...) qui utilisés collectivement, permettent à chacun de sélectionner des informations (extraire des significations) qui les conduiront à s'inscrire dans le projet, ou encore à modifier leurs comportement et/ou leurs pratiques pour s'inscrire dans de nouveaux projets et/ou comportements (Vidaillet, 2003).

Ainsi, le recueil de données au cours d'entretiens individuels ou encore l'élaboration de questionnaires individuels pour comprendre quel sens chacun donne à sa participation, n'est pas notre intention. Nous pensons également, que compte tenu du manque de temps dont disposent les acteurs (ceci en revanche est une zone d'équivalence très partagée !), nous préférons qu'ils nous consacrent ce précieux temps à la réalisation d'activités et non pas pour une réflexion personnelle sur le sens qu'ils donnent à leur implication dans une activité *qui, hors contexte collectif, pourrait tout aussi bien être remise en question ! et par là même remettre en jeu leur participation.* En effet, dans notre paradigme fortement influencé par le pragmatisme pour savoir ce que croit un homme, il suffit de regarder comment il agit. Ainsi, la participation à la coordination dans la durée nous suffira pour attester de l'utilité que porte l'acteur à ce dispositif.

PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

Ce ne sont donc pas les significations extraites par chacun des membres qui nous intéressent principalement. Il nous semble de plus illusoire ou utopique, nous l'avons dit, de vouloir réunir toute cette diversité de participants autour d'un sens commun et inscrit dans le temps. Il nous paraît même capital – et ici « nous » est le professionnel de santé, non pas l'IC, ni même SG- que chaque membre reste libre de construire son propre sens et nous souhaitons nous situer au niveau cognitif de cognition (Cooke & Gorman, 2006), (D. W. Eccles & Tenenbaum, 2004), (D. Eccles, Johnson, Mellalieu, & Hanton, 2009), (Fiore & Salas, 2006).

Cependant si des sens apparaissent manifestement partagés par tous, nous les relèverons, au titre, comme nous l'avons dit, de points d'accords (ou de désaccords) temporaires, car ils constituent un élément important de la stratégie de déploiement du processus, mais nous ne chercherons pas à connaître précisément le sens que chacun pourrait trouver dans le parcours coordonné. Nous sommes très attentifs à relever les accords sur des moyens qui débouchent sur un fonctionnement collectif. Par exemple, l'intervention dans les ateliers d'ETP à destination de patients ambulatoires à la fois les praticiens hospitaliers et les libéraux, donne l'occasion au centre hospitalier de mentionner qu'il dispose de programmes d'ETP sur son site, permet de réunir à la fois la ville et l'hôpital sur un même dispositif et donne au CareHolder une logistique et une image qu'il n'aurait pas si les ateliers étaient dispensés, comme cela se voyait précédemment dans une salle municipale et n'étaient pratiqués que par des libéraux ne venant pas spécifiquement des alentours.

Nous relevons ainsi les moments où le groupe nous paraît chercher un moyen de s'entendre et donne à voir des argumentaires : « *je viens car il me semble important de t'aider à soutenir cette action* », des parôles d'engagements (par exemple une bénévole, rentrée au conseil d'administration du réseau en juillet 2014, qui dit qu'elle sera présente de 9H à 14H lors du salon du bien vieillir, suivie ainsi par une autre qui annonce qu'elle pourra venir toute la journée..., une IDE qui nous adresse par mail les dates de ses vacances, une bénévole ancienne juriste qui effectue des recherches pour modifier les statuts de l'association...).

Nous nous focalisons sur les « *dynamiques d'élaboration du sens dans une perspective tensionnelle et dynamique* » (Allard Poesi 2003 :91). Nous avons bien noté que (Weick, 1995 : 109) s'appuyant sur Barley (1986 : 80) indique que toute enquête sur la substance du sensemaking est une tentative d'apprendre ce que les personnes retirent pour construire leurs actions et interpréter les situations. Il note l'importance des cadres et des repères. Les personnes extraient des mots et construisent du sens à l'aide de « *l'idéologie* » (Weick, 1995 : 107). Nous tenterons donc de repérer dans toutes les occasions (rencontres informelles,

PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

activités de soin, conversation par mail ou téléphoniques, réunions de travail, manifestations de l'association) les moments où les trois éléments sont activés (expérience+repères+relation).

Par exemple, lors de la préparation du salon du bien vieillir, nous avons réuni des tables rondes regroupant des professionnels de santé qui n'avaient pas forcément de liens entre eux, et nous leur avons demandé d'intervenir sur un sujet ensemble. Nous avons donné à chacun un sujet très « vague » : la douleur, ou l'offre de soins et de services, ou encore l'accompagnement des maladies chroniques. Une fois leur accord obtenu, nous (ici le SG) ne nous sommes plus manifestées.

Dans le cas de la table ronde sur la douleur, lors de plusieurs rencontres informelles, un des médecins nous a demandé « *de quoi dois-je parler ?* », « *qu'est ce que tu veux que je dise ?* ».

Nous (toujours le SG) nous sommes contentées de répondre, chaque fois, que nous introduirions la table ronde sur la douleur en disant aux personnes âgées qui y assistent « *Nous projetons pour 2015, suite à la demande de 2/3 d'entre vous, de vous proposer une série d'ateliers pour vous aider à gérer au mieux vos douleurs chroniques. Dans ce cadre, le Dr., médecin Généraliste, le Dr., Praticien Hospitalier, spécialiste de la douleur et Madame, psychologue, vont vous faire part de leur regard sur la douleur. Elles vont ainsi refléter une partie de la réflexion que les professionnels de santé de l'Association mènent dans la perspective de construire ce programme que nous vous proposerons dès 2015.* »

Samedi 13 septembre 2014 à 15h30, un des médecins, vient à la pharmacie avec un texte imprimé (elle dit qu'elle ne me le laisse pas et souhaite que je le lise de suite) et nous dit « tiens lis ». Nous lisons un document dans lequel, dans un premier temps elle définit la douleur, donne les solutions à sa disposition pour la combattre.

Puis, dans un troisième point elle nous dit, pendant que nous sommes en train de lire, « et là je leur dis quand ils doivent me contacter, ce qu'il faut qu'ils me disent pour que je puisse établir mon diagnostic – une liste d'items sont mentionnés – et ce qui serait bien que les autres professionnels de santé me rapportent pour que je puisse adapter le traitement, par exemple il faut que je sache si ils prennent le traitement prescrit, sinon, cela ne sert à rien que je prescrive un médicament ! »

Nous retrouvons ici la triade à la base selon Weick de la création de sens : FRAME+ CUE+ RELATION.

Aujourd'hui, à l'heure où nous relisons une dernière fois cette thèse, nous ne pouvons nous empêcher de noter que ce même médecin, pour la table ronde de cette année, dont le sujet était l'ostéoporose, s'est comportée de manière identique. (Elle était en charge de parler de la pathologie, elle intervenait après un médecin qui expliquait la physiologie osseuse). Elle s'est emparée du sujet en expliquant son rôle de médecin face à une patiente qui présentait un risque d'ostéoporose. Au-delà d'une simple explication sur la maladie, elle a expliqué au groupe de patients très attentifs, comment elle identifiait les risques, comment elle les évaluait, à quels examens elle avait recours et pourquoi. Les gens étaient très heureux car c'était très vivant et cela lui permettait d'expliquer certaines de ses pratiques.

Lorsque (Weick, 1993) analyse l'incident de Mann Gulch (in Vidaillet, 2003 : 59 et suivantes), il met en évidence que l'intersubjectivité émerge de l'échange et de la synthèse des interprétations entre deux entités communes. Ainsi l'entité ou sujet est transformé pendant l'action, c'est le cas pour Sallee et Rumsey qui « *en restant en relation* » ont réussi grâce à l'émergence de schèmes d'action partagés à sortir vivants de ce terrible incident. Pour Vidaillet, (2003 : 43), l'interaction permet aux membres du groupe de se mettre d'accord sur les éléments qu'ils retiennent de l'environnement et sur les liens qu'ils font entre ces éléments. Selon l'auteure, l'intersubjectivité émerge de l'échange et de la synthèse des interprétations entre deux entités communicantes dyades pour (Weick, 1979) et peut aboutir à une *transformation* des sujets.

Nous retiendrons de la lecture de Koenig (in Vidaillet p.16 et suivantes) et Allard Poesi (in Vidaillet p.91 et suivantes) que les moments où le « *self* » passe du « *je* » au « *nous* » fait intervenir la notion de « *situation* ». Le « *degré d'équivocité perçue du phénomène* », qui ouvre sur plusieurs interprétations possibleS d'une situation offre l'opportunité d'activité

PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

commune d'interprétation (Allard-Poesi, 2000), citant (Huber et Daft, 1987 : 151), (in Vidaillet, 2003 :100).

Nous étudierons donc à ce niveau les interactions réciproques qui conduisent à une définition de la situation (par exemple lors de la réunion avec la mairie d'Allauch, au sujet du transport des personnes vers le CH pour les conduire quand elles ne peuvent se déplacer aisément aux ateliers). Nous avons dans nos exemples des cas où

- le consensus n'a pas été atteint,
- des cas où un accord a été trouvé sur la mise en œuvre de moyens,
- des cas où nous sommes parvenus à une définition commune de la situation.

Lors de l'annonce du projet d'ETP en insuffisance cardiaque un médecin s'est violemment opposé à un projet dont il n'était pas à l'origine et qui relevait de sa spécialité. La véhémence du ton, les mots employés, l'attitude fermée ont révélé une contrariété dont nous ne sommes pas arrivées à venir à bout.

Lors de la journée du 27 mai, nous avons invité des partenaires associatifs, dont l'Association Asthme et Allergie 13. A l'issue de la journée un des membres de cette association nous a confié « *j'étais très heureuse de participer à la table ronde. Les gens ont posé beaucoup de questions, ils avaient l'air intéressé par ce qu'on leur disait, c'est bien de proposer des activités dans ce cas là* » ou encore « *j'ai bien aimé la devise du réseau, je vais la retenir* ». Ces deux personnes participent régulièrement et bénévolement aux actions du réseau depuis.

Lors de la réunion du 1er août avec les élus, l'attitude positive des Élués et du personnel municipal présent (« mots chuchotés, attitude bienveillante, intéressée ont traduit un engagement que nous avons retrouvé dans l'organisation du salon du bien vieillir ; une élue a organisé le transport des personnes ; la « marraine et la Directrice de la Maison des Associations ont diffusé les informations et participeront »).

Plus tard, nous viendrons à bout de l'attitude plus hautaine et froide d'une autre élue qui au début du projet se prononçait avec des parôles définitives « *nous n'avons pas besoin du réseau*», puis certainement au regard de l'ampleur que prenait le projet s'est montrée plus ouverte « *proposez-moi des projets* », enfin nous avons eu d'autres opportunités nous permettant d'aboutir au même objectif et si nous n'avons pas réussi à trouver de « zones d'équivalence mutuelle » avec cette personne, nous avons quand même, compte tenu de l'ampleur prise par le projet, réussi à collaborer avec ses services.

On pourra noter les résultats de ces interactions dans le comportement, dans le ton (traduisant les émotions), dans le vocabulaire, dans le champ lexical.

Weick, (1979 : 90), s'inspirant d'Allport, suggère que le partage d'un accord *précède* et est *une condition nécessaire* pour l'émergence d'un groupe. Le partage de valeurs, d'idéologie ou

PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

d'objectifs n'arrivera peut être jamais (p.91), en revanche un accord sur des moyens, permettant à chacun d'atteindre son propre objectif peut se trouver plus aisément et cela suffit, selon Weick à démarrer un processus de construction de structure collective. (Allard Poesi, 2003 :96) souligne que pour Weick, si l'action collective permet l'accomplissement de besoins individuels alors des comportements inter-reliés émergeront ainsi que des objectifs liés à la préservation du groupe. Nous retenons ici l'importance de repérer dans les données brutes issues de notre terrain les moments de discussions sur le « comment ».

Steyer, (2011) nous fait part des difficultés qu'elle a rencontrées lors de son doctorat dans sa tentative de codage du sensemaking. Elle nous éclaire sur le fait d'avoir à observer un processus, donc un phénomène évolutif se prêtant mal à une interprétation ponctuelle. Cette dernière remarque nous interpelle d'autant plus qu'il nous paraît capital de souligner dans nos données deux propriétés du sensemaking (Weick, 1995 : 17) : le caractère rétrospectif du sensemaking et l'enaction d'environnements sensibles et donc l'importance de l'action dans le processus de création de sens.

Steyer, *op.cit.* rapporte que (Langley, 1999) propose que pour surmonter les difficultés liées au caractère processuel et aux multiples niveaux d'analyse à prendre parfois en compte simultanément, le chercheur peut s'appuyer sur la construction de récit à partir de données de base. Ainsi, nous proposons de repérer les catégories contribuant à expliquer le processus de sensemaking dans un récit que nous avons fait du projet d'accompagnement de la douleur de type rhumatisme de la personne âgée.

Krief & Zardet, (2013) rappellent que selon Girin, (1986), les données recueillies lors d'une recherche-intervention sont de deux natures : certaines constituent des matériaux *froids*. Ce sont ceux qui ne sont pas issus de l'investigation en cours : il s'agit de documents tels que les règlements, les procédures ; les autres étant considérés comme *chauds*, car produits lors de la collecte pendant les réunions, les rencontres... Les rencontres fortuites sont aussi pour l'IC-SG, l'occasion d'un échange et donc d'un recueil d'informations très riche pour saisir certaines informations concernant notamment les signaux retenus par les gens, ou encore leur perceptions des situations.

Par exemple, à la suite de la réunion décrite précédemment les impressions de l'Elue nouvellement nommée adjointe à la Santé, qui vient spontanément nous rencontrer pour remplir son bulletin d'adhésion à l'association et s'inscrire sur la liste des bénévoles (et des membres de l'association): « *vous avez un beau projet. Je suis sûre que ça va bouger. C'est vraiment utile. Je suis heureuse d'avoir un projet comme ça à proposer au maire. Je vais vous aider* » (avec le recul, nous pouvons confirmer que ces parôles se sont traduites par des faits). Un des médecins participant au réseau nous rapporte que lors d'une rencontre fortuite avec un autre médecin du Canton Vert, ce dernier lui dit d'un ton suspicieux qu'elle nous reproduit « *je ne savais pas que tu donnais des cours au canton vert. C'est un de mes patients qui me l'a dit. Enfin, il paraît que c'était très bien* »

Nous allons maintenant passer à la partie qui nous est apparue comme la plus épineuse dans cette aventure à la fois professionnelle, intellectuelle et collective. En effet, nous n'avons à aucun moment pensé reculer devant les difficultés rencontrées sur le terrain (refus catégoriques, incompréhensions manifestes...). Au contraire, elles n'ont contribué qu'à stimuler notre motivation. En revanche, les problèmes méthodologiques et d'ancrage théorique liés à la validation scientifique d'une thèse en science de gestion nous sont apparus presque insurmontables. Peut-être est ce à cause de notre formation initiale ? Comment transposer dans le domaine qualitatif la clarté des méthodes utilisées pour comprendre les effets d'un médicament sur un organe, en mesurer les conséquences sur une fonction, ou encore évaluer l'amélioration d'un état de santé ? Peut-être est-ce à cause de notre expérience professionnelle ? Ainsi nous avons regretté le temps heureux, où cadre dans une grande entreprise de répartition pharmaceutique « *la fin justifiait souvent les moyens* »... Peut-être est ce à cause d'une inspiration philosophique, incarnée dans cette citation « *la science manipule les choses mais renonce à les habiter* » ? (Merleau-Ponty & Lefort, 1964)...

Cependant, si nous nous étions emparées de la théorie pour concevoir une pratique, nous nous devions d'aller jusqu'au bout dans la compréhension et dans la traduction de cette pratique. Le paradigme constructiviste nous permettait de nous affranchir de la maxime « *il n'y a de science que du général* », scandée dans les séminaires doctoraux ainsi que le rapportent (Martinet & Pesqueux, 2013 : 253). Toutefois, nous étions à ce stade face à la lourde tâche de produire une *connaissance* sur la réalisation de cette pratique.

3.3 La validité des données

Dans cette partie, nous cherchons des cadres permettant de nous orienter dans les données (Ayache & Dumez, 2011) tout en étant conscients de notre position au sein du projet. En effet, il faut souligner qu'ici le chercheur crée les conditions dans lesquelles il va provoquer le phénomène (Voynnet-Fourboul, 2011). Il repèrera donc naturellement ses objectifs dans le recueil et l'analyse des données. Ainsi que le mentionnent Angot et Milano in Thiétart p.190, le chercheur peut être envisagé comme un instrument de l'observation, de la sélection, de la coordination et de l'interprétation. Ici, les données recueillies participeront de la compréhension du processus de création de sens et concourront à l'analyse et à l'évaluation des actions mises en œuvre.

Un autre point nous interpelle à la lecture des auteurs précités. Ils mentionnent l'impact évident de ce positionnement sur la traduction, mais aussi celui de la perception qu'ont les acteurs du chercheur. Il s'agit d'une question que nous aurons certainement à discuter et qui nous met en porte à faux avec des thèses plus traditionnelles. Sans délibérément dissimuler notre position, (Baumard, et al., 2007:44), notons que la plupart des acteurs avec lesquels nous entretenons des relations professionnelles depuis dix ans n'ont pas conscience de notre rôle d'intervenant chercheur en sciences de gestion, mais plutôt en Éducation Thérapeutique et voient nos interventions sous l'angle du développement et de la mise en place de programmes d'ETP, qui pourront éventuellement donner lieu à des diffusions au sein d'associations professionnelles (AFDET⁵⁴...). Seuls les « *cadres* » et les membres de l'équipe de coordination ont conscience de notre appartenance à l'IMPGT en tant que laboratoire de recherche en sciences de gestion.

⁵⁴ Association Française pour le Développement de l'Éducation Thérapeutique.

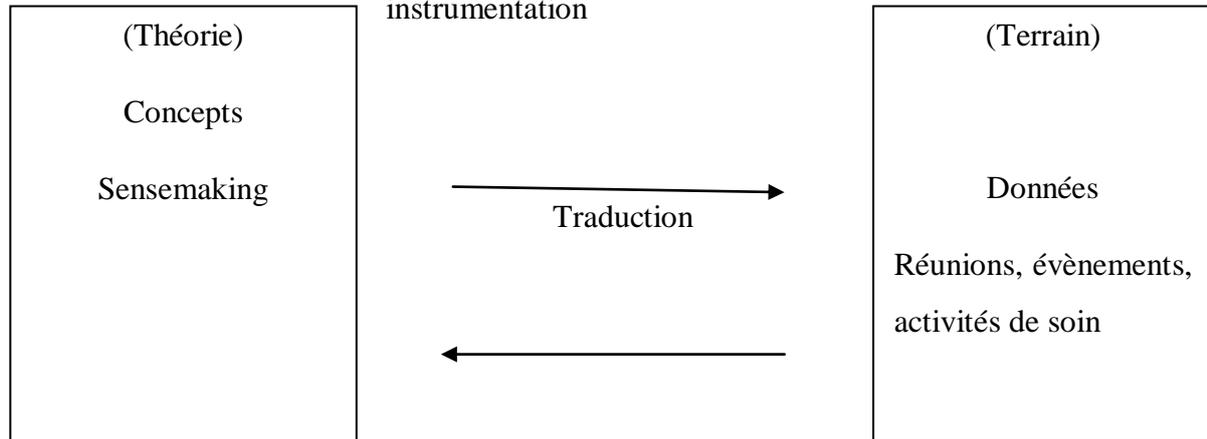
4 Comment lier concepts et données ?

Dans son ouvrage « *méthodologie de la recherche qualitative* », Dumez, (2013 : 69 et suivantes), propose deux méthodes pour aborder la démarche qui consiste à partir d'un matériau riche et hétérogène pour favoriser la compréhension d'un objet de recherche. Il met peu en exergue la première, *l'attention flottante*, qui, proposée par Freud, offre l'avantage d'un traitement global et selon l'auteur, minimise le risque de circularité. Ainsi le psychanalyste écoutant son patient, s'oblige à tout écouter sans projeter à l'avance de catégories théoriques telles que le complexe d'Œdipe... Nous pensons cependant que nous ne pourrions pas empêcher le phénomène cognitif bien courant des *biais attentionnels*, consistant à prêter une attention particulière, sans le désirer spécialement à des préoccupations actuelles... De plus, nous l'expliquerons en détail, le rôle de Sensegiver consiste justement procéder à un « élargissement des indices » perçus dans les groupes afin de bâtir à partir de ceux-ci de nouveaux signaux permettant le processus de création collective de sens. Nous écartons donc cette première piste. Il propose alors de procéder à un « codage pur », la théorie ancrée proposée par Glaser & Strauss (1967). Ici la « théorie émerge du matériau lui-même » et propose de « découper tout le matériau, sans résidu aucun, en unités de sens ». (Dumez, 2009 :71)

Nous retiendrons cependant, que pour Angot et Milano, (2003) in (Thiétart, 2007:174 et suivantes), cette phase qui compte parmi les plus importantes de la recherche et consiste à établir un lien entre concepts et données est une opération de traduction fondée, selon les auteurs sur deux démarches, la mesure et l'abstraction.

Comment allons-nous ordonner les observations empiriques pour représenter la construction de sens ?

Mesure, opérationnalisation, instrumentation



Abstraction : méthodes de regroupement des données

Comment repérer le processus de sensemaking sur le terrain ?

(Grawitz, 1979) insiste sur les étapes de construction du concept en soulignant la tentation inhérente aux recherches qualitatives de se satisfaire d'imprécision. Nous avons précisé la façon dont nous allons procéder pour mettre en œuvre sur le terrain le processus de création de sens. Nous devons maintenant donner à voir « comment il s'exprime, se caractérise, se définit concrètement » Grawitz *op. cit.* (p.389). Pour se faire, l'auteure indique qu'il faut distinguer les dimensions spécifiques du concept et trouver des indicateurs pour chacune de ces dimensions. Les indicateurs devront être suffisamment nombreux et représentatifs.

4.1 La mesure

Nous retiendrons la définition de DiRenzo, (1966), que donnent Angot & Milano (in Thiétart 2007 p.176), selon laquelle la mesure « fait référence aux procédures par lesquelles les

PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

observations empiriques sont ordonnées (...) pour représenter la conceptualisation qui doit être expliquée ».

- représentation imagée du concept
- l'étape de spécification consiste à découvrir les dimensions du concept
- la troisième étape consiste à découvrir des indicateurs des dimensions retenues.

Un indicateur est une donnée observable permettant d'appréhender les dimensions. Les indicateurs doivent être riches et significatifs par rapport à l'objet de la recherche. Grawitz (op.cit. p.391).

Dans la littérature, nombres d'exemples montrent que l'analyse de concepts fait appel à la fois à des indicateurs numériques (par exemple pour mesurer le dynamisme de l'environnement on peut relever l'accroissement des ventes) ou bien à des indicateurs issus de la perception des acteurs (Thiétart, 2007 : 180).

Nous travaillons sur deux niveaux.

Le premier niveau, le niveau opérationnel, correspond à la mise en œuvre effective d'un dispositif d'accompagnement de personnes âgées de plus de 75 ans sur un territoire, que nous avons défini comme étant à la croisée d'une action collective d'acteurs, d'une gouvernance, d'instruments et d'activités de soin. Les indicateurs des dimensions retenues pour appréhender ce résultat sont quantifiables.

Nous proposons de nous appuyer sur le tableau ci-dessous pour les traduire.

Tableau 7 Les dimensions du CareHolder

Concept	Dimensions	Indicateurs
CAREHOLDER = Parcours de santé de la personne âgée de plus de 75 ans	Acteurs Qui ? Quelle diversité ?	Type de participation (recours à la coordination, construction de programmes, participation aux activités) diversité des participants Nombre de participants par activités
	Gouvernance	Financements Taux de participation Nombre de réunions organisées Nombre de participants au CA
	Instruments	Nombre d'instruments de création de sens Nombre de supports de communication Nombre d'instruments d'expression
	Activités (quoi)	File active de patients par filière Nombre d'activités Nombre de programmes par filière Nombre de participant par activité

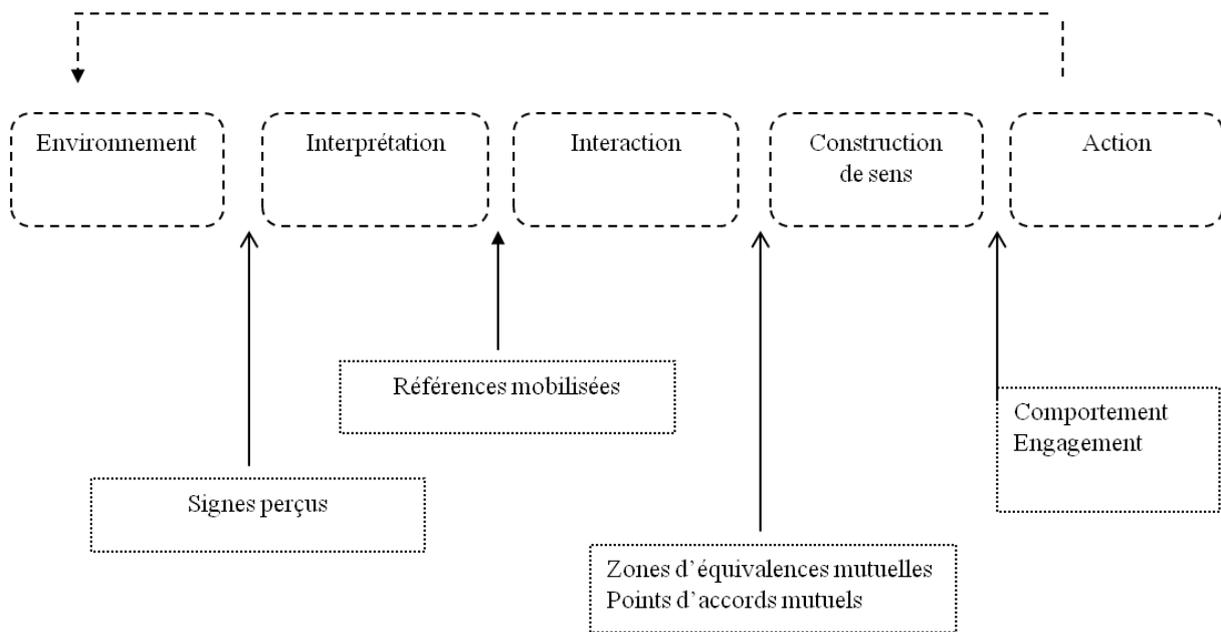
Le choix des mesure est fonction de 1) la fiabilité, 2) la validité, 3) la faisabilité. Angot & Milano in (Thiéart, 2007 : 184). Le recueil des données de présence, les programmes autorisés, les plannings, le nombre de personnes en file active, sont autant de données témoignant de l'implication et du dynamisme du CareHolder, initié par un processus de création collective de sens.

Cependant, nous cherchons à comprendre si un processus de création collective de sens peut permettre le développement et le maintien du dispositif.

Le schéma que nous avons adopté pour la mise en œuvre du processus de création collective de sens nous sert de base pour l'élaboration d'un cadre théorique pour l'investigation du processus :

Nous proposons ce schéma comme base d'observation pour notre terrain.

Schéma 8 Modalités d'observation du terrain



4.2 Le codage des données

« Le niveau d'abstraction visé initialement par le chercheur a une influence sur le degré de sophistication des procédés et des méthodes qu'il utilise pour réaliser cette abstraction. » (Angot & Milano, 2007 : 181). Le problème auquel le chercheur souhaite répondre relève du choix d'un angle d'attaque de la réalité, le codage sert à révéler des catégories pertinentes pour aboutir à une représentation manipulable des thèmes étudiés (Allard-Poesi, 2011). (Dumez, 2013 : 71), illustre les difficultés rencontrées lors de cette étape de la thèse et que nous avons évoquées précédemment, en précisant que la démarche de codage « *pur* » ou « théorie ancrée », qui invite le chercheur à découper le matériau en unités de sens aussi infime soient-elles (une phrase, une expression, un mot...) constitue un casse tête pour le néophyte. Au-delà de cette étape, l'auteur précise que l'étape suivante, qu'il nomme *coding* a pour objet de rattacher ces unités de sens à un paragraphe qui en explique l'essence. Enfin, une dernière étape le *naming*, revient à procéder à une réduction du code qui range la phrase essentielle sous une étiquette. La réduction du nombre d'étiquettes permet d'identifier les concepts centraux, enfin une dernière étape dite *codage axial* invite à la recherche de relation entre les concepts.

Concepts et relation entre ces concepts ont ainsi émergé du matériau en répondant au processus abstraction, au sens étymologique : *ab trahere* « tiré de ». L'auteur oppose toutefois

trois objections à cette approche. En effet, selon lui, 1) elle n'évite pas le risque de circularité qu'elle cherche à écarter du fait de notre « *stock de généralisations déjà faites quand nous faisons de la science* » p.72, 2) elle relève d'une approche très naïve qui consisterait à penser que l'idée extraite du matériau des choses rassemblées sous une même étiquette, va se transformer en concept parce qu'on va en donner une définition substantielle et qu'ensuite on va la mettre en relation avec d'autres concepts issus d'autres étiquettes, conduira à une théorie, 3) elle est impossible en pratique car le seul découpage en unités de sens est trop chronophage. Aussi, Dumez (p.72) s'ouvre sur le codage théorique en citant (Bohm, 2000). Ici, des catégories venant de la théorie servent de base pour coder le matériau. Si le risque de circularité n'est pas écarté, la différence avec la théorie ancrée réside dans le fait que les « *étiquettes* » des unités de sens isolées proviennent non plus du matériau mais de la théorie. Cependant Dumez souligne que si le codage est un outil dont la visée est le traitement d'un matériau riche et hétérogène, il faut éviter réduire une unité de sens à une seule étiquette. In fine, l'auteur se base sur les travaux d'Ayache & Dumez, (2011) et propose d'adopter une démarche dite de codage multithématique qui repose selon les auteurs sur trois principes : 1) prendre des thèmes en nombre suffisant pour quadriller le matériau et ne pas structurer prématurément l'analyse, 2) rechercher l'hétérogénéité des thèmes. Ils peuvent provenir à la fois de cadres méthodologiques formels, des théories ou être issu du matériau lui-même à partir d'un codage façon théorisation ancrée...3) rechercher le recoupement possible des thèmes entre eux, de manière à ce que des extraits d'entretiens se retrouvent dans des thèmes différents. Ainsi le chercheur évite le piège de l'enfermement d'une unité de sens dans une étiquette.

Ce type de codage nous permet à la fois :

- 1) de donner une forme concrète au repérage de la construction de sens lors des réunions, évènements et activité de soin (encodage),
- 2) sert de base à l'interprétation (décodage) et à la mise au jour de phénomènes originaux utiles au projet (ainsi que l'activité physique adaptée, comme nous le verrons plus loin),
- 3) permet de repérer les concepts sous-jacents à une donnée afin d'appréhender cette dernière de la manière la plus rigoureuse possible. (Thiétart, 2007).

4.3 Dimensions et attributs de la création collective de sens

L'enjeu méthodologique consiste maintenant à extraire des données recueillies, des éléments d'analyse et de compréhension du processus de création collective de sens que nous avons posé comme étant le socle du « CareHolder», le rôle du sensegiver ainsi que la façon dont le dispositif se « fabrique » dans le temps. Après avoir envisagé le mode de recueil des données et la validité des données nous allons nous pencher sur le type de données.

La théorie du sensemaking s'intéresse aux processus par lesquels les acteurs vont construire leurs comportements en fonction des situations et des interactions dans lesquelles ils sont plongés. Situations qui les obligent à comprendre ce qui se passe autour d'eux et à « s'organiser » pour réduire leur incertitude.

Nous allons nous appliquer à identifier des catégories qui nous conféreront une connaissance des phénomènes à l'œuvre dans le processus de création de sens à l'origine du « careholder ».

Nous avons, dans notre cadre théorique, isolé plusieurs dimensions qui influent sur la façon dont les acteurs développent, modifient ou maintiennent leurs comportements.

Partant, nous avons relevé les points regroupés dans le tableau ci-dessous, afin de comprendre :

- 1) comment les individus s'emparent des signaux émis dans un contexte donné et interagissent avec les autres individus pour produire du sens pour leurs actions,
- 2) comment ces actions influent en retour sur leurs pratiques,
- 3) comment la mise en relation des définitions d'une « réalité » peut conduire à la création de significations partagées dont le résultat peut être un « *renforcement ou une stabilisation de la réalité objectivée en commun* » (Berger & Luckmann, 2012 : 308)

Nous étudions les interactions, mises en scènes par le sensegiver dans un contexte donné, pour favoriser un partage de signification fondateur de coopération entre professionnels marqués par leur diversité. Coopération à la base d'une action collective coordonnée qui inscrit notre recherche dans le champ des sciences de gestion qui « *s'intéressent à l'action collective de production d'artefacts, tangibles ou intangibles, une action commune, coordonnée qui pour transformer des choses passe obligatoirement par l'établissement et le développement de relations entre des hommes.* » (Martinet & Pesqueux, 2013 : 31).

PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

Le tableau ci-dessous résume les différents codes autour desquels nous avons codé nos données dans le logiciel N'VIVO 10

Tableau 8 Tableau de synthèse des dimensions et attributs retenus

Codage autour des codes suivants		
Indices/ Signaux	<i>Indices transmis par le SG :</i> Par exemple la narration d'un cas	
	<i>Indices repérés par les acteurs</i> par exemple L'ambiance du groupe « <i>ils sont heureux de se réunir, au moins ils ne sont pas seuls</i> »	
Le CareHolder	<i>Instruments</i>	
	<i>Gouvernance</i>	
	<i>Activités de soin</i>	
	<i>Acteurs</i>	<i>Diversité</i> Qui par exemple se manifeste à travers des oppositions « <i>En ville, vous...</i> », par des tenues vestimentaires (les PH sont toujours en blouse), les comportements (patients avec aide à la marche ou au contraires très apprêtées...)
		<i>Identités</i> Qui se manifestent à travers les expériences ou des témoignages.
	<i>Rôles</i> <i>Création de sens : « expérience+repère+relation »</i> Voir encadré où le médecin établit une relation entre l'intervention que nous lui demandons de faire et un message qu'il veut faire passer aux patients.	
Éléments du processus	<i>Interactions, Zones d'équivalences Mutuelles, Enaction-Sélection-Rétention, accords temporaires</i>	
Sensegiving	<i>Visionner</i>	
	<i>Signaler</i>	
	<i>Revisionner</i>	
	<i>Energiser</i>	

5 Le terrain de la recherche

5.1 Historique : l'Association de Coordination de Santé du Canton Vert

Nous appartenons depuis sa création en 2007 à une association formée à l'initiative du Directeur du Centre Hospitalier d'Allauch, l'Association de Coordination de Santé du Canton Vert (désormais ACSCV). Cette association avait pour but de réunir autour de sujets de santé des professionnels institutionnels ou libéraux appartenant au territoire d'Allauch Plan de Cuques. En 2008, Les autorités de tutelles (URCAM puis ARS), financent une activité de coordination du maintien à domicile de personnes vulnérables (gérontologie, addictologie, handicap). En 2010, nous prenons le poste de secrétaire générale de cette association composée à ce moment essentiellement d'acteurs institutionnels, les libéraux désertant les réunions souvent pour des raisons de manque de temps. En 2012, le fonctionnement de l'Association est remis en question faute d'une claire reconnaissance par les tutelles et faute d'une compréhension par les professionnels du territoire de l'intérêt d'une telle coordination et du sens à donner à cette « coordination ». Un étudiant de Master II à l'IMPGT⁵⁵, conclut son mémoire, effectué sous la direction du Pr. C. Grenier, sur le constat du manque de mobilisation des acteurs autour du réseau de santé du Canton Vert. Mi 2012 l'activité décline et l'association devient « dormante ».

5.2 Le point de départ de l'action collective : les patients chuteurs

Nous sommes souvent confrontées, au sein de notre officine, à des cas de patients âgés dont l'état de santé représente des cas typiques où une coordination des actions des acteurs appartenant aux secteurs sanitaires et social du territoire aurait représenté une valeur ajoutée dans l'accompagnement des problématiques du patient (repérage de la fragilité, prévention de la chute, lutte contre l'isolement social, prévention de la dénutrition progressive...). Nous

⁵⁵ Monsieur William David

proposons alors, en mai 2013 à quelques professionnels et personnes de notre entourage (y compris à des travailleurs sociaux, des citoyens, des associations locales) de s'engager bénévolement en intervenant dans un programme de prévention pour le maintien de l'autonomie. Nous (ici la pharmacienne) créons les « Ateliers Ac 'Santé ALLAUCH ».

Proposer un projet d'éducation en Santé nécessite de présenter un document détaillé des objectifs et des méthodes utilisées auprès de l'ARS. Etant toujours secrétaire générale de l'ACSCV, nous avons donc pensé à utiliser le cadre juridique de l'association qui à cette heure n'était plus opérationnelle pour présenter le dossier. C'est ainsi que le premier programme d'éducation et de prévention pour le maintien de l'autonomie vit le jour en septembre 2013. Ce fut là le point de départ du terrain de la thèse.

5.3 Les spécificités du terrain : pourquoi le cas de la personne âgée ?

L'accompagnement de la personne âgée est une problématique de santé publique grandissante. Le nombre d'études sur l'état de santé de la personne âgée, la révision des indicateurs, les différents plans consacrés en témoignent. Ces derniers sont plus volontiers consacrés aux incapacités fonctionnelles, à la perte d'autonomie et concernent plus spécifiquement les personnes âgées (désormais PA) de plus de 75 ans, borne fixée par l'OMS pour marquer le basculement dans la vulnérabilité. Si le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr, il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Le vieillissement est un phénomène très hétérogène. La vulnérabilité est utilisée pour comprendre les effets du vieillissement sur l'organisme et la fragilité des sujets âgés vis-à-vis de certaines maladies ou agressions.

L'approche de la santé de cette population se traduit en terme de « Qualité de Vie » (désormais QDV). Ce concept est multidimensionnel et tient compte de la perception subjective par la personne de sa capacité à fonctionner, de ses symptômes physiques, de son bien être émotionnel et de son fonctionnement social. Pour l'OMS, la QDV est « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé*

PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ces relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. »

Cette approche nous permet d'aborder une des facettes clé de l'action collective que nous souhaitons étudier : le rôle de la personne requérant le soin étant primordial, c'est la perception subjective de la santé par le patient lui-même qui est prise en compte.

Par ailleurs, la diminution des capacités fonctionnelles survenant au cours du vieillissement normal rend l'organisme âgé moins capable de répondre et de faire face à des situations telles que l'effort, le stress, les agressions ou encore les maladies d'une part, l'augmentation de la fréquence de certaines maladies ou syndromes (maladie d'Alzheimer à début tardif, insuffisance cardiaque, athérosclérose, cancers...) et d'autre part font que la vulnérabilité est majorée et les risques de dépendance sont majeurs. Il s'en suit que le collège des gérontologues s'accorde pour déclarer « qu'un problème qui survient sur une personne âgée, est à considérer sous le prisme de la personne âgée qui a un problème »⁵⁶ Ceci va donc dans le sens d'une prise en charge globale du patient.

Le troisième facteur découle du précédent : les situations auxquelles nous confronte la prise en charge des personnes âgées sont tellement complexes, entendues ici au sens étymologique « tissées ensemble » que l'on comprend aisément qu'elles mettent en jeu une action collective coordonnée afin de permettre des prises en charges efficaces tant sur le plan de la qualité de vie de la personne que sur le plan économique.

Ainsi, sensibilisées à de telles problématiques en terme de complexité, d'éthique et de fréquence, nous avons abordé notre terrain en décidant d'orienter l'action collective en direction de l'accompagnement des personnes âgées et en gardant à l'esprit que la prise en charge globale s'entendait aux niveaux social et médical mais au niveau des différentes problématiques d'accompagnement (prévention, maladies chroniques, états instables, hospitalisation...) donc dans une logique de parcours de santé.

Nous avons choisi de nous appuyer sur un cas (Yin, 1984) : la mise en œuvre du CareHolder sur le territoire d'Allauch et Plan de Cuques et comme nous l'avons précisé dans le cadre d'une recherche-intervention (A. David, 2012) le chercheur (⁵⁷) est concepteur et prescripteur de transformation. L'action collective ayant pour objet la conception et le déploiement /

⁵⁶ Pr Sylvie Bonin-Guillaume, Cours de Gérontologie, DUGSS, AMU 2015.

⁵⁷ A savoir l'un des co-auteurs du présent texte.

PARTIE II : METHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

stabilisation d'un dispositif, le chercheur agit donc de l'intérieur et non pas de l'extérieur de ce système d'action.

Après avoir envisagé la méthodologie et le terrain de la recherche et mentionné les spécificités de notre projet, nous nous proposons de détailler plus précisément les différentes phases son évolution dans la partie suivante

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

*"C'est par la parole et l'action que nous nous insérons
dans le monde humain".*

Arendt, (1983 : 233)

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Cette partie donnera une double lecture de la construction du CareHolder. Cette double lecture, permet de rendre compte de notre première question de recherche « *en quoi consiste le processus de création de sens à l'origine du CareHolder* » et se justifie par un terrain construit pas à pas, par un intervenant chercheur endossant le rôle de sensegiver et par des allers-retours incessants entre théorie et terrain, rendant l'analyse pratiquement extemporanée. Ainsi, nous donnerons une première lecture essentiellement chronologique (Partie III, §1), puis nous proposerons une lecture à travers des éléments de structuration remarquables du CareHolder (Partie III, § 5), qui éclairera sur notre deuxième question de recherche à savoir « *comment se structure le CareHolder* ». Nous soulèverons le principal écueil qui s'est dressé devant nous et qui a trait à la reconnaissance de la légitimité d'une action portée par des acteurs de terrain, pour intervenir sur une question réfléchie en amont, sur un plan plus institutionnel (Partie III, § 6). Enfin, nous ferons un point précis des réalisations concrètes menées en faveur du parcours de santé de la personne âgée sur notre territoire à septembre 2015 et des quatre grands projets à venir (Partie III, § 7).

1 Période 1 : Nous construisons la nécessité de coopérer sur le sujet de la prévention des chutes itératives

Nous présentons ici un récit détaillé des principaux évènements qui ont jalonné la mise en œuvre du dispositif. Nous étions immergées en permanence dans notre terrain depuis le début du projet et le sommes encore à ce jour. En effet, notre officine est située à proximité du Centre Hospitalier et sur lequel nous nous sommes rendues quasi quotidiennement compte tenu de la densité des projets. De ce fait la narration est extrêmement riche et nous proposons un tableau synthétique des grandes étapes en fin de partie. Ce tableau reprendra ces moments clés en les replaçant à travers les quatre éléments constitutifs de notre grille de lecture du dispositif : activités, gouvernance, outils, principaux acteurs.

Au cours de cette narration, nous allons, pour faciliter la compréhension adopter un style inhabituel dans une thèse. En effet, afin de permettre au lecteur de faire la différence, lorsque nous parlerons de nos actions en tant que sensegiver, nous utiliserons le « *je* ». Le « *nous sera alors réservé aux actions collectives* » et au mode de rédaction traditionnel.

1.1 Les discussions informelles

Nous avons donc vu dans la première partie que nous allions travailler sur le parcours de santé des personnes âgées compte tenu de sa complexité, de la diversité et de l'action collective requise pour y faire face.

Nous sommes au premier semestre 2013, le Canton Vert n'a plus d'activité de coordination de soins. Je décide de partir d'une problématique courante et lourde de conséquence sur la qualité de vie des patients dit chuteurs. Je me suis emparée de ce problème, auxquels tous les acteurs étaient confrontés, comme point de départ d'une réflexion d'abord informelle (souvent autour d'un café à la pharmacie) avec les soignants et les médecins avec lesquels nous sommes en relations dans le quartier. Au cours de nos discussions, nous nous rendons bien compte que ces situations nous placent dans des problématiques qui se répètent et se renouvellent. Nous sommes rapidement d'accord sur le fait que presque chaque fois qu'une

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

personne âgée chute, les mêmes questions pleuvent. A la suite de quoi est-elle tombée ? Comment a-t-on été prévenus ? Où a-t-elle été hospitalisée ? Comment va-t-on s'organiser lorsqu'elle sortira de l'hôpital ? Que devient son conjoint ? Que risque-t-elle après (rechute, dépression, perte plus ou moins grande d'autonomie...)? Comment savoir ce qu'elle devient quand on n'a plus de nouvelles ?

Les mêmes causes entraînant souvent les mêmes effets. J'ai donc posé la question de la prévention, proposant de l'aborder à notre échelle, c'est-à-dire à l'échelle de professionnels - citoyens, qui remarquent un fait sur lequel ils pourraient avoir une influence du fait de leurs connaissances : *« Ne pourrait-on pas commencer par proposer une série d'ateliers collectifs dans lesquels nous nous relaiions, un peu sur le modèle de ceux proposés aux malades chroniques, dans les ateliers d'Éducation Thérapeutique, pour tenter de limiter les causes d'accident les plus fréquentes ? »*. Cette problématique a suscité une certaine motivation chez les personnes auxquelles nous l'avons proposée :

« Pourquoi pas, si on peut faire quelque chose ! », « oui, je veux bien t'aider si tu as une idée », « J'organise une journée de réflexion sur la douleur et les soins palliatifs, veux tu que je t'inscrive ? », « Ah, je pense que les personnes âgées seraient intéressées de connaître les risques qu'elles encourent, mais il ne faudra pas trop leur faire peur ».

1.2 La justification de la diversité

J'ai donc proposé à plus d'une vingtaine de personnes, parmi lesquelles des infirmières, des médecins généralistes, un kinésithérapeute, des citoyens, des élus, des représentants d'institutions de participer ponctuellement à un projet qui aurait pour objectif de réunir périodiquement des personnes âgées de notre entourage (quartier, famille...) afin de prévenir les accidents évitables qui sont invariablement la porte d'entrée de la perte d'autonomie. Quand j'ai estimé que le groupe de professionnel était suffisamment étoffé pour offrir une diversité et une organisation susceptible de convenir à un tel objectif, j'ai proposé, par l'intermédiaire d'un laboratoire pharmaceutique, que nous nous réunissions de manière plus formelle.

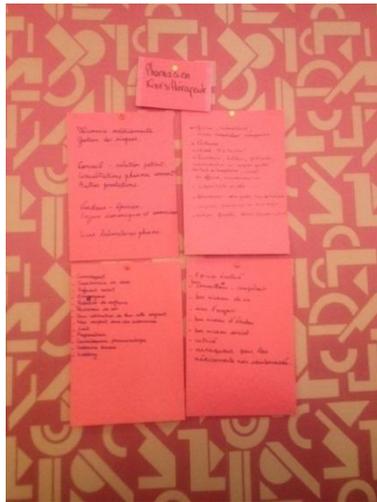
Cependant, je souhaitais une réunion de travail, c'est-à-dire une réunion où les personnes commenceraient à être intervenantes et non une simple réunion d'information sur un projet : l'accompagnement pluridisciplinaire des personnes âgées. Forte des outils rencontrés lors de nos formations en ETP, j'ai durant cette réunion, commencé par vouloir explorer les

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

représentations que les professionnels avaient des autres professions et j'avais comme objectif de mettre en lumière les bénéfices que chacun pourrait tirer de la coopération. Nous avons constitué cinq groupes de personnes, le premier était composé de médecins généralistes (2), le second de pharmaciens (2 libéraux, un assistant, un étudiant), le troisième d'infirmiers libéraux, le quatrième d'infirmiers du centre hospitalier d'Allauch et du SSIAD, le cinquième accueillait un kinésithérapeute, un travailleur social, un psychologue, une sophrologue et une animatrice. Le jeu a consisté à lister pêle-mêle sur une page la représentation qui émergeait de chaque groupe sur la profession des autres. Chaque groupe a donc été invité à noter sur une page A4 les « représentations » qu'ils avaient de la profession de médecin, de pharmacien, d'infirmier(e), de travailleur social ou d'animateur, de kinésithérapeute, de praticien de médecine douce. J'ai insisté pour dire qu'ils rapportent sans limites les représentations qu'ils avaient ou même celles auxquelles ils seraient tentés de penser... Nous nous connaissions pratiquement tous et j'ai insisté sur la consigne : ne pas réprimer ses avis... Nous avons recueilli ainsi quatre listes de représentations sur chaque profession. Les réponses ont montré que le groupe était détendu et la parole libérée. Elles ont aussi montré combien les représentations (conscientes ou non) pouvaient impacter les relations entre les personnes et donc la création du lien de coopération. Par exemple, il est ressorti de chaque groupe que le médecin généraliste était « débordé », « manquait de temps » ou était « toujours pressé ». Ainsi les médecins présents ont vivement réagit en disant « oui mais quand c'est important, nous prenons toujours le temps qu'il faut »... Il est également apparu que l'infirmière était dans la disponibilité, le soin, l'écoute. Ce fut le seul groupe à ne recueillir que des représentations positives. Le travailleur social a eu du mal à assumer son image « baba cool » et la kinésithérapeute celle de « beau gosse musclé »...

Les photos ci-dessous montrent comment nous avons procédé :

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER



L'objectif étant de construire l'interdisciplinarité et de mettre en évidence les bénéfices que chacun pouvait en tirer, j'ai demandé au groupe de sélectionner parmi les réponses, celles qui montraient la valeur ajoutée du professionnel dans l'accompagnement du patient et avons ainsi laissé de côté les phrases du type « *arnaqueur pour les médicaments non remboursés* » et retenu « *gestion des risques* », « *délivrance des médicaments* ».

Le tableau ci-dessous montre les représentations citées, extraites de la discussion qui a suivi et retenues par l'ensemble des participants qui peuvent avoir un impact sur la capacité de chacun à intervenir dans la prise en soin du patient :

Tableau 9 Représentation de l'apport de la pluridisciplinarité suite à la réunion

Médecin	Esprit d'analyse et de synthèse Connaît l'intimité de ses patients Fin observateur Polyvalent Au courant de tout Savoir très large Endurance
Pharmacien	Disponible Gestion des risques Conseil Relation de confiance Connaissances pharmaceutiques Écoute
kinésithérapeute	Dynamique Entraînant Écouté pour ses conseils Sportif
Infirmière	Empathique A l'écoute Attentive

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

	Techniciennes Résistance physique Disponible
Psycho-social	Soutien moral Aide administrative Aide spécialisée, ciblée Ecoute

Cette réunion conclut à l'intérêt d'inviter toutes ces compétences à se coordonner afin d'offrir une synergie bénéfique pour le patient.

Nous retiendrons de cette expérience, qui a réuni des personnes qui se connaissaient plus ou moins et entretenaient de bonnes relations avec le sensegiver, l'importance de la nécessité de clarifier les rôles de chacun dans la construction du parcours coordonné pour éviter de s'en tenir aux stéréotypes qui se seraient manifestés d'emblée !

1.3 Mise en œuvre du programme pour le maintien de l'autonomie AC'Santé ALLAUCH

La mise en œuvre de ce programme a nécessité :

- d'engager des professionnels dans une démarche collective et bénévole une à deux fois au cours du programme (ie une à deux fois par an),
- de convaincre des patients de la pharmacie d'accepter de venir assister régulièrement à des « ateliers » destinés à maintenir ou à améliorer leur état de santé,
- de créer une relation de « travail » originale avec chacun des « experts » sollicités. En effet, dès lors je me suis alors comportée comme un professionnel de santé établissant un programme d'Education et comme un sensegiver promouvant une vision d'une problématique, des réunions de l'équipe de coordination pour recruter, organiser et porter des modifications à l'organisation du projet qui n'a pas cessé de s'étoffer depuis (en thèmes abordés, en participants et en intervenants).

Nous allons lire le démarrage d'AC'Santé Allauch à travers les quatre dimensions que nous avons isolées pour définir le « CareHolder», les thèmes représentatifs du processus de création de sens à la base de la création de ce « CareHolder» et les conditions dans lesquelles nous avons provoqué le processus de sensemaking (ie : la manière délibérée dont nous avons

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

créé du sens autour de nouvelles pratiques, le *sensegiving* que (Rondeaux & Pichault, 2011) définissent à la suite de (Gioia et Chittipeddi, 1991), comme la tentative délibérée de *modeler* les interprétations d'autrui.

Ainsi, en décrivant la manière dont ce que nous cherchons à construire se manifeste dans les données du terrain, nous avons fait apparaître des catégories pertinentes nous permettant d'analyser le développement et le maintien de la coopération des professionnels de santé dans le parcours de santé de la personne âgée sur le territoire d'Allauch et Plan de Cuques.

1.3.1 Juin – Septembre 2013 : la création du document en vue de l'obtention d'une autorisation

J'ai donc construit le programme de prévention pour le maintien de l'autonomie à proposer à l'ARS PACA. Je me suis entourée des conseils des formateurs du Centre Régional d'Éducation pour la Santé PACA pour en assurer la conformité par rapport aux attentes de l'ARS et l'ai fait valider par la Directrice d'une association dédiée à l'ETP : l'Association Marseille Diabète (aujourd'hui Santé Croisée).

J'ai établi en juillet 2013 une série de 20 séances organisées autour des quatre principales causes de perte d'autonomie dénoncées par la HAS : la chute, l'isolement, l'iatrogénie et la malnutrition.

Ce programme abordant des thèmes aussi divers que l'alimentation, l'automédication, la dépression ou encore la façon d'aménager son domicile impliquait donc l'intervention conjointe et pluridisciplinaire de professionnels des secteurs médical, social et médico-social et l'aide de bénévoles pour participer à la logistique et à l'animation du groupe, un lieu pour accueillir les réunions. Il comporte 20 séances interactives et ciblées de 2H, réparties en 2 modules : dix séances pour « *favoriser les comportements favorables à la santé* », dix séances pour « *limiter les comportements à risque* ».

Il est autorisé par l'ARS par le biais de la Directrice de l'Association Marseille Diabète qui a gentiment accepté de relire le programme afin de le valider avant de le proposer à l'ARS. La mairie est prête à nous prêter un local, cependant nous pensons que le Centre Hospitalier d'Allauch est le lieu « naturel » d'hébergement d'un tel projet. Le directeur de l'établissement nous ouvre les portes du centre hospitalier et nous permet d'utiliser la coquille

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

administrative⁵⁸ de l'Association de Coordination de Santé du Canton Vert (ACSCV), dont il est le Président, pour proposer le programme à l'ARS. Les professionnels de santé avec qui nous sommes en rapport sont d'accord pour intervenir ponctuellement à nos côtés lors des séances. Même les salariés, en fin de contrat à ce moment là, après quelques séances interviendront quand même spontanément. Deux élus d'Allauch assurent le « parrainage » du programme, les associations de séniors de la ville sont parties prenantes et assurent la diffusion de l'information.

Ces personnes nous donnent ainsi l'opportunité de créer les dimensions constitutives d'une entité organisationnelle reposant sur le partage de compréhension et d'actions en faveur de la prévention de la perte d'autonomie de la personne âgée : ils *cautionnent* le projet et lui donnent un *lieu*.

Les professionnels des secteurs social, médical ou médico-social sont conviés à intervenir en fonction d'une thématique d'atelier prédéterminée, sont invités à choisir parmi des sujets qui les intéressent particulièrement et sont présentés en tant qu' « expert » du sujet abordé.

Les ateliers sont construits sur la base des ateliers d'Éducation Thérapeutique :

Ils démarrent par l'annonce de l'objectif de la séance, une première partie est interactive et a pour but de libérer la parole et permettre aux personnes des partages d'expériences. Une deuxième partie reprend les points abordés et les détaille afin d' « *ancrer* » les informations échangées. Les ateliers sont clôturés par un tour de table et un résumé des points abordés.

Ils sont organisés autour :

- d'un objectif pour le soignant (par exemple : définir la iatrogénie médicamenteuse),
- d'un objectif pour la personne (par exemple comprendre que certains médicaments peuvent, selon le moment où ils sont pris ou comment ils sont associés entre eux, entraîner des risques pour la santé),
- d'outils (une étude de cas⁵⁹, un film, des objets...) destinés à permettre les interactions et la discussion autour du sujet.

⁵⁸ Cette association était dormante. Cependant, son objet statutaire lui permettait d'offrir un cadre susceptible d'accueillir des programmes autorisés par l'ARS et éventuellement de recueillir des fonds.

⁵⁹ Par exemple dans ce cas : « Mme X prend un traitement pour la douleur – des gouttes-, depuis quelques temps elle est en plus très angoissée le soir. Elle dispose encore de quelques comprimés de TEMESTA[®] qu'elle prenait avant ce

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

L'expert intervient pendant et à la suite de la discussion afin de garantir les éléments de connaissances et les compétences à apporter. Le soignant éducateur est chargé de permettre l'expression et le respect des objectifs éducatifs.

Ce programme, entièrement gratuit pour les patients et qui ne repose que sur le bénévolat des personnes que je côtois dans le cadre de mes activités au sein du Comité d'Intérêt de Quartier de la Pounche et de la pharmacie est prêt à démarrer. En septembre 2013, l'équipe de démarrage comportait : 5 infirmières, 3 pharmaciens, 1 médecin généraliste, 1 psychologue, 1 ambulancier, 1 sophrologue, des partenaires institutionnels (le centre hospitalier d'Allauch), associatifs (Association des Seniors d'Allauch, CLIC, Marseille Diabète) et municipaux (CCAS).

Je co-anime tous les ateliers qui ont lieu une fois par quinzaine. Nous démarrons les ateliers d'Éducation AC'Santé Allauch avec 20 personnes âgées inscrites. Toutes recrutées au sein des clients de la pharmacie de la Pounche (70% des personnes à qui nous avons proposé le projet, au cours d'un entretien à la pharmacie ont accepté d'y participer). Des femmes ont accepté en grande majorité, mais ce sont à elles également que nous nous sommes adressées prioritairement).

Le programme étant déposé, les ateliers ont démarré le mardi 24 septembre 2013, avec présence de toute l'équipe.

1.3.2 La diffusion du programme et de ses intentions

Le 8 octobre 2013, avec l'aide des laboratoires GSK, nous avons pu organiser une EPU⁶⁰ sur le thème de l'Éducation Thérapeutique et nous y avons convié :

- les médecins généralistes du canton en contact avec le laboratoire qui sponsorise la soirée ;
- les professionnels de santé qui partagent notre quotidien professionnel et amical ;
- les partenaires municipaux et associatifs et les bénévoles.

traitement pour ses lombalgies chroniques. Elle en prend. La nuit, lors d'une de ses fréquentes visites aux toilettes, elle rate la marche de sa chambre et tombe »

⁶⁰ EPU : Enseignement Post Universitaire. Souvent les laboratoires pharmaceutiques participent à l'occasion de soirées thématiques destinées à informer et réunir une catégorie de professionnels, (ces soirées ne sont généralement pas interdisciplinaires).

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Nous avons ainsi réuni une quarantaine de personnes sur le centre hospitalier.

Notre objectif était de sensibiliser les professionnels sur une démarche de soin originale et pluridisciplinaire, que nous souhaitions transposer à un problème concret : la prévention de la perte d'autonomie de la personne âgée.

Pour présenter notre démarche nous nous sommes appuyés sur les énoncés de Weick, selon lequel le processus de création de sens est activé par la question « *same or différent* » (Weick, 2009 : 140). Nous n'avons donc pas souhaité présenter l'ETP selon la forme habituelle de la transmission d'information, donnant une définition de l'ETP, son cadre législatif, déclinant les différents aspects du dispositif... mais sous un angle permettant à la fois aux individus de créer du sens mais également permettant aux interactions entre les membres de se développer.

Nous avons opté pour retranscrire le récit du témoignage d'un patient, Président d'une association de patients Mr T., que nous avons eu l'occasion d'entendre peu de temps auparavant lors d'une rencontre pluridisciplinaire évoquée en introduction.

Schéma 9 Histoire racontée aux professionnels de santé lors de l'EPU par le SENSEGIVER

Le cas de M. T.

Tout va pour le mieux pour M.T, jusqu'au jour où, au détour d'une banale prise de sang, il apprend qu'il a un taux de sucre dans le sang plus élevé que la « normale » et que cela lui donne désormais le titre de DIABETIQUE DE TYPE 2.

Commence alors pour lui, une longue et régulière suite de visites chez le spécialiste, chez le généraliste. Il fait connaissance avec ses pharmaciennes, il prend régulièrement le café au labo d'analyses, avant d'aller travailler. A côté de son Smartphone, dans sa poche, il a maintenant un petit appareil qu'il consulte presque aussi souvent, après s'être piqué !

Depuis l'annonce, il doute. Il doute de l'effet de ses médicaments qui lui provoquent des inconforts terribles alors qu'avant, quand il savourait joyeusement ses copieux repas, qu'il mangeait ou buvait plus que de raison, il n'avait jamais de problème pour digérer...

Il n'est pas loin de se demander si les médicaments ne lui nuisent pas plus qu'ils ne le soignent. D'ailleurs, Freud est là qui veille, il les oublie deux fois sur quatre !

Depuis l'annonce, il n'est plus trop bien dans sa peau. Il ne sait pas comment résister aux tentations sucrées et salées en plus à ce qu'il paraît... depuis quelques temps il oscille entre plaisir défendu et culpabilité ! Et comme il fume, son entourage médical et familial, ne se gêne pas pour lui prédire en plus une bronchite chronique ! Sa femme a retrouvé son instinct maternel, elle lui dit sans arrêt fait ceci, ne fait pas cela....

Depuis l'annonce, il ne sait plus vraiment s'il peut continuer le seul sport qu'il aime, le tennis. Il sait bien que le diabète est un facteur de risque cardiovasculaire. Aussi, depuis quelques temps il ne va plus au tennis. Et en plus il ment à ses amis, il n'ose pas leur dire qu'il est malade, il leur dit qu'il est occupé.

Il savait bien qu'il était mortel. Le problème c'est que maintenant il le sent !

Un jour, alors qu'il est dans une salle d'attente, il rencontre un gars. Un patient, comme lui, mais ce dernier est dynamique et sûr de lui. Il pose une annonce dans le cabinet médical en attendant son tour. Cette affiche annonce une réunion qui aura lieu bientôt et qui parle justement de son problème avec le sport. Comme cela concerne sa santé, compte tenu du malaise qui ne le quitte plus depuis l'annonce de sa maladie, il note la date et s'y rend. Là une révélation l'attend ! Il rencontre d'autres gens qui avaient également vécu comme lui les affres de l'annonce et qui visiblement les avaient dépassés !

Dans cette joyeuse communauté, il apprend de ces gens quantité d'informations qui lui permettent de retrouver progressivement son assurance d'avant l'annonce. C'est presque comme une deuxième naissance. Depuis qu'il est dans ce groupe, il prend la vie différemment, apprivoise sa maladie.

Elle le passionne, il l'étudie, l'explore. Il maîtrise les traitements. Il apprend à son pharmacien la fréquence d'apparition de tel et tel effet secondaire. Il informe son biologiste de la prochaine sortie d'un lecteur qui donnera une estimation de son taux d'hémoglobine glyquée.

Il discute avec son généraliste et son spécialiste du bien fondé de son changement de traitement dont il connaît précisément les mécanismes d'action et leur indique qu'il est temps maintenant de passer aux inhibiteurs de la DDP4, il trouve ça mieux comme traitement, même si, il le sait bien, ils ont des recommandations pour ne pas « les donner de suite » car ils sont plus chers...

A la suite de ce témoignage, les questions posées dans l'assemblée furent de nature à susciter l'émergence de la nécessité de mettre en œuvre un accompagnement pour ce patient dès l'annonce.

Et nous avons ouvert le débat sur la complémentarité des rôles de chacun dans la « prise en soin » de ce patient et ensuite abordé de manière plus traditionnelle une information sur les programmes d'Éducation Thérapeutique à la demande des participants.

« Mais cela ne nous dit pas exactement comment on procède dans les ateliers, comment cela se passe ? », « Je crois que je connais ce Monsieur... », « C'est un témoignage poignant, mais que pouvons nous faire ? ».

1.3.3 Les rencontres sur le centre hospitalier.

J'avais pour objectif de réunir les professionnels de santé autour d'une activité faisant appel à l'interdisciplinarité et rompant avec les pratiques traditionnelles – c'est-à-dire en travaillant avec un groupe de patient et non plus un seul, avec d'autres professionnels en même temps- et j'avais donc, comme nous venons de le voir, proposé le programme AC'Santé Allauch.

En Février 2014, je m'étais assurée d'une certaine pérennité pour le Canton Vert, puisque , à la demande de l'ARS PACA, l'ACSCV venait d'intégrer le collège des réseaux du Groupement de Coopération Sanitaire, Pôle Gérontologique Agglomération de Marseille, en tant que cinquième pôle, que nous venions de recruter une IDEL et un MG, pour une mission de coordination du maintien à domicile.

J'avais alors à dessiner les contours d'une nouvelle organisation. Il s'agissait alors à la fois de :

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

- prendre en compte l'historique précédent et comprendre pourquoi les libéraux et les structures municipales (CCAS d'Allauch notamment) ne faisaient pas ou très peu appel au réseau⁶¹,
- d'informer sur notre volonté de mettre en œuvre des pratiques collaboratives à la fois pour partager des problématiques communes et aussi pour donner une utilité à la coordination
- communiquer sur une démarche de parcours, que nous commençons à mettre en place grâce au programme de prévention.

Pour se faire, avec l'IDE Coordinatrice nous avons rencontré des médecins généralistes, les praticiens hospitaliers, les infirmiers libéraux, la direction du CCAS, les cadres de santé du CH (et bien sûr les spécialistes du territoire regroupés dans le centre mentionné plus haut).

J'ai organisé, avec le Président et l'IDE des déjeuners sur le centre hospitalier d'Allauch en faisant en sorte de réunir des « petits groupes » (8 personnes maximum), par affinité (IDEL et MG qui avaient l'habitude de collaborer, élus et associations...). L'objectif étant de présenter le projet de manière interactive en nous appuyant sur des outils (posters, flyers, témoignages).

1.3.4 Les journées thématiques :

Comprenant l'engouement des personnes âgées pour ces échanges lors des ateliers, j'ai instauré une journée thématique par trimestre sur un sujet de santé. Cette journée est destinée à rassembler plusieurs professionnels et patients pour partager des points de vue sur une thématique particulière. Les thèmes étaient ceux qui revenaient le plus souvent dans les questions de l'assemblée de patients ou dans l'actualité (journées mondiales). La diffusion de l'information concernant cette journée s'est faite en partenariat avec la coordinatrice du CLIC et le club des seniors d'Allauch. Beaucoup de personnes ont pu être ainsi prévenues des activités de notre association en venant à ces rencontres. De plus, le fait qu'elles étaient ponctuelles a permis à d'autres professionnels d'y participer sans toutefois avoir « l'impression de s'engager dans un projet de plus grande envergure nécessitant une présence plus régulière⁶² ».

⁶¹ Le manque de patient en file active ayant naturellement conduit l'ARS à ne plus souhaiter renouveler le financement du réseau en 2012.

⁶² Cf. Annexe « Journée thématique » et « rappel »

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

La photo ci-dessous a été prise lors de la « Journée de prévention des maladies cardiovasculaires et respiratoires le 27 mai 2014.



2 2^{ème} période : Émergence des besoins d'accompagnement. Mobilisation des ressources grâce à des appels à projet.

2.1 Recherche de financement et conflits d'intérêts.

En Mars 2014, alors que le groupe de partenaires (associatifs et bénévoles) et d'intervenants (des secteurs sanitaire et social) continuait de grandir consécutivement au groupe assidu et de plus en plus nombreux de patients, que la structure de la coordination se stabilisait en la personne d'une IDE Coordinatrice et d'un médecin et que la filière maintien à domicile reprenait sa course pour la file active, je suis prévenue d'un appel à projet émanant de l'ARS PACA pour des programmes d'ETP.

J'ai parcouru la liste des programmes d'éducation thérapeutique disponibles en ville et me suis aperçue que l'Insuffisance Cardiaque était un sujet peu traité en ambulatoire. Pourtant, à la pharmacie, il m'apparaissait que les seniors atteints de cette pathologie étaient une population qui aurait tout bénéfice à tirer du programme d'ETP compte tenu des savoirs des savoir-faire et des savoir-être nécessaires pour gérer la maladie, éviter les accidents et les hospitalisations itératives qui entament petit à petit l'autonomie. J'ai vu l'intérêt de proposer un programme d'ETP pour accompagner les malades atteints d'Insuffisance Cardiaque. Intérêt donc, car peu de programmes étaient dispensés, que deux tiers des patients insuffisants cardiaques ont plus de 70 ans, qu'une étude montrait que 2/3 des hospitalisations seraient évitables par une action en amont.

Je me tourne vers les cardiologues du territoire afin de leur faire part de mon projet et d'envisager une collaboration qui nous permettra d'alimenter la file active de notre programme. Or, c'est dans le centre de spécialistes que s'effectuent les formations des MG depuis environ 5 ans. Ce centre se situe à environ 2 km du CH. Certaines spécialités sont en concurrence avec les consultations externes du CH : cardiologie, rhumatologie.

J'avais pris pour habitude d'inviter les libéraux à déjeuner sur le centre hospitalier. Cette fois, les spécialistes m'ont fait part de leur souhait de déjeuner dans le restaurant où ils ont

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

l'habitude de se réunir. Beaucoup de spécialistes sont présents. Nous nous rendons au rendez-vous avec le médecin du Canton Vert. Dès notre arrivée, nous distribuons les dépliants de l'association avec pour première intention de présenter la nouvelle organisation. A cette époque le logo de l'association qui figure positionne le Centre Hospitalier d'Allauch au centre du dispositif.

Un des médecins spécialistes a particulièrement mal réagi à la présentation de cette plaquette : « *pourquoi est-ce le CH qui est au centre du dispositif et non pas le patient ?* », « *pourquoi est-ce le SSIAD qui est noté et pas les infirmiers libéraux ? nous on ne travaille qu'avec des libéraux* », « *comment pouvez vous proposer de répondre à un projet en cardiologie sans m'avoir demandé mon avis avant* », « *comment des patients peuvent-ils se rendre dans des ateliers d'ETP sans que le spécialiste ou le généraliste ne soit au courant et ne l'autorise ?* ».

La discussion fut très longue, nous restâmes à table jusqu'à 15H. A la suite de ses interventions nous nous engageons à modifier la plaquette de l'association en mettant le patient au centre du dispositif, en mentionnant son entourage médical, en substituant le SSIAD par soins infirmier et CLIC par coordination sociale...

A la suite de cet échange qui s'est soldé par un statut quo, nous avons adressé un courrier à ce médecin, joignant la nouvelle plaquette et montrant que nous avons tenu compte de la justesse de ses remarques.

Les autres médecins sont restés neutres ou bienveillants quant à l'action du réseau (mise à disposition de prospectus...).

Les images ci-dessous montrent l'évolution du logo de l'association avant et après la rencontre avec ce médecin.

Logo février 2014



PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Logo mars 2014



Logo actuel



J'ai néanmoins poursuivi l'objectif de proposer un programme d'ETP destiné aux patients insuffisants cardiaque et j'ai répondu à cet appel par une proposition de programme dénommé IC-CARE-TOP. Au préalable, nous nous sommes assurés, en les rencontrant en entretiens privés avec l'IDEC que chacun des professionnels intervenants dans AC'Santé serait susceptible de s'investir à nos côtés dans un programme d'ETP qui cette fois serait, non pas rémunéré, mais tout du moins dédommagé.

L'ARS nous a signifié l'autorisation de ce programme en juillet 2014 et versé les fonds nécessaires à son développement en septembre 2014. Nous avons donc une deuxième activité régulière favorisant les interactions entre patients, entre soignants et patients (lors des ateliers) et entre soignants (pour la préparation des ateliers).

2.2 La construction de la diversité : groupe de réflexion sur la douleur.

« *La douleur est une des expériences les plus fondamentale de la vie médicale* » et les questions posées par le Dr Didier Ammar algologue en postface de l'ouvrage du Dr

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Tammam : « *La douleur, de la phénoménologie à la clinique* » (Tammam, 2007) : quel est l'impact de la douleur sur la perception de la temporalité, l'intersubjectivité, ou encore le langage ? Qu'est ce que la souffrance par rapport à la douleur ? Pourquoi est-il si difficile d'être un soignant confronté à la souffrance de l'autre sans la dégrader, la dénier ? Ces questions se posent sans fin. Aussi, la douleur était un sujet que l'ACSCV avait proposé à l'époque à ses partenaires.

Il nous semblait important de nous ré-emparer de cette problématique pour fédérer un projet créateur de sens. En effet, outre l'impact qu'elle représente dans la vie des personnes souffrantes, elle nous permettait de prolonger en actualisant un groupe initié par les anciens cadres du réseau.

A notre connaissance la première tentative avait réuni des praticiens hospitaliers (Allauch et Laveran), des coordonnateurs ou directeurs de réseaux de soins infirmiers ou de SSIAD et d'un médecin traitant du canton vert (toujours excusée aux réunions), ce groupe s'est réuni quatre fois (22/10/10, 26/11/10, 1/04/11, 7/10/11).

Les préoccupations du groupe étaient similaires aux nôtres compte tenu de la pertinence de la thématique par sa transversalité ville-hôpital et disciplinaire.

En revanche, le groupe s'était essentiellement consacré lors de ces quatre réunions à travailler sur des outils de dépistages pour les professionnels et envisager des coopérations interprofessionnelles.

Je souhaitais alors faire de ce sujet un espace d'échange entre professionnels, entre patients et entre professionnels et patients.

2.2.1 Démarrage du « nouveau » groupe douleur.

Le 13 décembre 2013, lors d'une séance festive qui regroupe plusieurs professionnels de santé du territoire, des représentants municipaux et associatifs, je propose aux personnes âgées qui se réunissent régulièrement depuis septembre 2013 au sein du programme AC'Santé Allauch (programme de prévention pour le maintien de l'autonomie) un questionnaire « *qualité de vie* » adapté d'un document de la HAS qui se compose de onze propositions décomposées en

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

quatre domaines, et une proposition libre, inspirée du document réalisé par Véronique Protat – Statisticienne, et Alain Colvez – Epidémiologiste- en décembre 2009⁶³ :

Domaines utilisés pour explorer les facteurs qui nuisent le plus à la qualité de vie des usagers du groupe AC'Santé.

Domaine Physique :

- Douleurs et inconfort
- Énergie et fatigue
- Sommeil et repos
- Essoufflement

Domaine psychologique :

- Pensées négatives ou irritabilité
- Pertes de mémoire
- Ennui

Niveau de dépendance :

- Dépendance aux aides médicales
- Manque d'autonomie pour les déplacements
- Dépendance aux traitements médicamenteux

Relations sociales :

- Solitude

Autres (à préciser)

Je demande aux personnes de noter de manière croissante les facteurs qui les gênent le plus parmi les douze proposées. (onze+autres)

J'ai réalisé ce questionnaire lors d'une séance et ai permis aux personnes âgées de comprendre et de prendre le temps de l'établissement du score. Un premier dépouillement du questionnaire remis aux 18 participants du groupe fait état de 13 réponses où la douleur apparaît comme le *premier* facteur de nuisance. La séance se prolonge par une discussion sur les résultats obtenus (critère de la douleur majoritaire). J'ai recours une nouvelle fois à la technique d'animation du METAPLAN[®] pour organiser les idées. La douleur apparaît comme étant à l'origine des quatre thématiques abordées dans le programme (critères de perte d'autonomie mentionnés par la HAS) dénutrition, isolement, iatrogénie, chute... Il s'avère

⁶³ www.ars.languedocroussillon.sante.fr/.../personnes_agees/Qualite_de_vie...

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

que la douleur est pour ces personnes, à l'origine d'un ou de plusieurs de ces critères. En effet, il ressort de cette discussion, que ce sont les douleurs qui les empêchent de sortir, de manger (soit parce qu'elles n'ont « *pas le courage de se faire à manger* », soit parce que « *les médicaments leur donnent la nausée* ». Elles sont encore la cause principale de la iatrogénie médicamenteuse « *y'a des jours où j'ai tellement mal que je prendrai n'importe quoi* », ou de l'isolement « *j'ai mal en permanence, mais des fois, cela me fait si mal que je ne peux pas sortir du fauteuil* ». Ensuite il est facilement compréhensible que la fonte musculaire induite par le manque d'exercice est au cœur du risque de chute...

A ce stade de la construction de notre dispositif CareHolder, la problématique de l'accompagnement de la douleur chronique nous apparaît constituer à la fois un projet à intégrer dans un parcours de santé de la personne âgée et une problématique suffisamment complexe pour rejoindre l'analyse proposée par (Weick, 1979) sur les représentations collectives au sein des groupes. En effet, ce thème transversal aux domaines médical, paramédical et social nous paraît à la fois offrir un espace de représentations, d'interprétations, de partage d'expériences et de réflexions permettant aux professionnels et aux patients de travailler collectivement tout en donnant un sens individuel aux objectifs communs où la « *coopération peut naître de la recherche d'une définition partagée du travail de chacun* » (Hatchuel, 1996) in (Terssac & Friedberg, 2002 : 111) et suivantes.

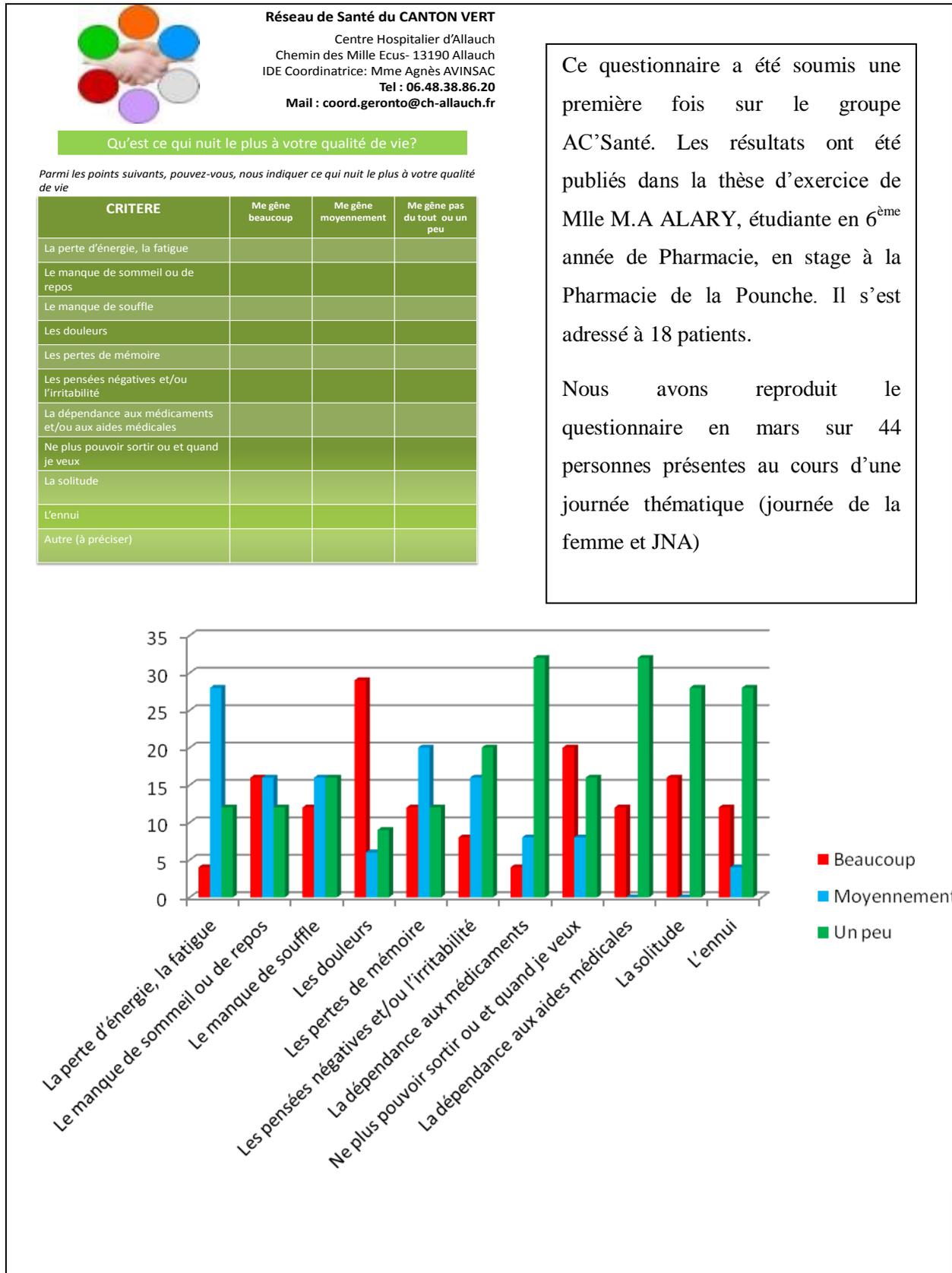
Les activités du programme de prévention se poursuivent en suivant le calendrier initialement prévu lors de l'autorisation du programme. Une manifestation est prévue en collaboration avec le CLIC (dont les bureaux jouxtent ceux de l'association dans le centre hospitalier d'Allauch) à l'occasion de la journée de la femme et de la journée mondiale de l'audition. Nous profitons de la réunion des bénéficiaires du CLIC et du programme AC'Santé pour re-proposer un questionnaire qualité de vie. Pour cette occasion nous simplifions la réponse au questionnaire en proposant de donner un score à chacun des 12 items entre 1 et 3 :

1. pas de gêne
2. gêne occasionnelle
3. gêne importante

Le questionnaire distribué cette fois à 44 personnes fait alors état d'une répartition de la gêne occasionnée par la douleur de niveau 2 ou 3 correspondant à 2/3 des réponses des personnes interrogées.

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Tableau10 Résultats de l'enquête menée auprès des 44 personnes âgées présentes lors de la journée de l'audition



PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

L'enquête a révélé que la gêne maximale vient de la douleur.

La douleur : un phénomène qui retentit sur la qualité de vie, à des conséquences sur la perte d'autonomie et donc sur le parcours de santé de la personne âgée. Elle constituera un signal de départ pour aborder la réflexion autour d'une prise en charge transdisciplinaire d'une problématique de la personne âgée.

Le 21 mars 2014, alors que la structure organisationnelle est « stabilisée » (l'IDEC et le médecin ont pris leurs fonctions) et que les axes de travail sont dessinés, nous organisons un déjeuner sur le centre hospitalier d'Allauch afin de proposer aux professionnels qui participent aux ateliers du programme AC 'Santé de faire le point sur le programme depuis son démarrage.

A l'occasion de ce déjeuner convivial, nous présentons les nouveaux partenaires de l'Association (l'ARARD, le Lion's Club, de nouveaux IDEL, des praticiens hospitaliers, des cadres de santé).

Nous présentons alors les conditions et les résultats de l'enquête qualité de vie afin de susciter des réactions et des réflexions dans l'assemblée et de "formaliser" l'idée qui avait été évoquée lors de la précédente enquête : se pencher sur le problème de l'accompagnement de la douleur.

Le déjeuner prend la forme d'un échange à propos de la question que je pose : « que pensez-vous des résultats de cette enquête » (à savoir la douleur est la principale cause de perte de qualité de vie pour 2/3 des personnes âgées interrogées). Je laisse les personnes s'exprimer comme elles le souhaitent. Le sujet ne laisse personne indifférent. Les appels à l'expérience personnelle sont nombreux :

«Je veux bien le croire, car je n'ai pas encore 75 ans mais moi aussi je commence à déguster... », «Comment a-t-elle dit Mme B. l'autre jour ? -il n'y a pas de jeune fille sans amour, ni de vieille sans douleur ? », « C'est vrai que c'est un problème... », « Tu te souviens de ce que disait le Dr Ammar lors de la journée de soins palliatifs à la Ciotat, ce que veut une personne qui souffre, ce n'est pas ne plus avoir mal, c'est pourvoir refaire des activités qui lui plaisent », « -c'est vrai, ils savent qu'ils ont mal, mais c'est quand ils ne pensent plus qu'à ça que ça devient grave » , «La douleur morale et physique vont souvent ensemble », « la douleur neurologique rend les patients pharmacodépendants ».

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

J'interviens alors pour souligner le caractère multidimensionnel de la douleur chronique de la PA et propose alors aux partenaires réunis de prolonger la réflexion qui avait été initiée par la précédente équipe de coordination et d'ouvrir le groupe sur un projet transdisciplinaire autour de la douleur non palliative pour proposer un programme d'accompagnement aux patients (programme d'ETP)⁶⁴ pour « mieux vivre avec ses douleurs », bâti sur le mode de AC'Santé Allauch.

J'ai entendu de nombreuses fois les professionnels s'exprimer sur le manque de temps, aussi j'insiste sur le fait que la participation au groupe est libre et peut se décliner sous plusieurs formes en fonction du temps disponible (soit participer aux réunions, soit être informé des réunions et de leur contenu afin d'émettre un avis par mail, soit proposer ponctuellement une expertise...).

Le déjeuner se termine sur l'idée d'une réunion de travail pour démarrer le projet dont la date est fixée. Pour cette prochaine réunion seront conviés par mail tous les partenaires présents la fois précédente plus quelques nouveaux partenaires du réseau.

La deuxième réunion du groupe douleur

La deuxième réunion du groupe douleur

29 personnes sont présentes, 1 est excusée, 1 est absente. Le déjeuner se déroule dans la salle de réunion. Je propose d'emblée un tour de table de présentation car de nouveaux partenaires sont présents. Un PH est appelé dans son service et ne reviendra pas.

Ensuite je rappelle ce qui nous conduit à cette réunion par un bref historique (AC'Santé + résultats enquête qualité de vie par la stagiaire dont j'encadre la thèse).

C'est l'occasion pour moi de :

- resituer le contexte qui réunit les personnes,*
- rappeler les objectifs et les missions du réseau,*
- d'émettre des signaux et de provoquer les réactions des personnes présentes et ainsi éviter le « monologue ».*

Je me force, comme en ETP à poser des questions ouvertes : Qu'est ce que vous rencontrez

⁶⁴ Le précédent groupe était animé de la volonté de mettre en place des coopérations entre professionnels, alors que l'objectif affiché de ce groupe-ci est de proposer un programme ETP.

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

comme problèmes face à une PA qui a des douleurs chroniques ?

Je note sur le paper-board au fur et à mesure de la participation des personnes ce qu'elles manifestent :

- Définir à quel type de douleur l'on a à faire ;*
- Aborder avec le patient la question de la douleur (dans le sens la dépister chez les patients qui ne se plaignent pas) ;*
- Connaître les outils d'évaluation ;*
- Les adapter, voire en créer de spécifiques pour ce type de douleur ;*
- Exprimer les limites de la prise en charge (problèmes liés au patient, au produit) ;*
- Prendre en compte le vécu du patient ;*
- Expliquer pourquoi on refuse des traitements ;*
- Savoir qu'est ce qui se fait déjà dans les réseaux.*

Ensuite, je pose une deuxième question « Que peut apporter la pluridisciplinarité dans la prise en charge de la douleur » ?

Le tableau ci-dessous résume les propositions émises quant à l'intérêt de mettre en œuvre une telle réflexion et un tel programme pour les patients et pour les soignants.

<i>Pour les PATIENTS</i>	<i>Pour les SOIGNANTS</i>
<i>Favoriser l'EXPRESSION de la douleur et de son vécu de la douleur.</i>	<i>Exprimer ses difficultés face aux limites de la prise en charge de la douleur chronique</i>
<i>Lui transmettre des connaissances et des compétences pour lui éviter de prendre des risques</i>	<i>Exprimer les difficultés rencontrées par exemple en cas de refus de délivrance de traitement, de non observance...</i>
	<i>Entreprendre une réflexion sur les outils disponibles pour évaluer l'intensité de la douleur</i>
	<i>Savoir ce qui se fait déjà en matière de prise en charge de la douleur dans les réseaux</i>

A la suite de cette synthèse, le laboratoire ABBOTT (aujourd'hui MYLAN) qui accompagnera beaucoup de nos réunions par la suite annonce qu'il présentera différentes échelles utilisées en gériatrie lors de la prochaine réunion.

J'explique alors que je me suis rapprochée d'une association qui travaille sur le sujet (je fais circuler un journal édité par l'association) et décris certaines de leurs actions :

- groupes d'expression de la douleur (ils ont des groupes de parole, des ateliers d'écriture...)*
- prise en charge pluridisciplinaire*

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

- *association de moyens pharmacologiques et non pharmacologiques : rééducation fonctionnelle, pratique d'activité physique adaptée en dehors des poussées, relaxation...*)
- *éducation des patients (mesures de ménagement de l'articulation pendant les poussées douloureuses, mesures hygiéno-diététiques, gestes d'autoprotection articulaire)*
- *recours à des aides techniques (semelles..)*
- *compréhension et auto-surveillance de la maladie et des traitements, du mécanisme de la douleur, des facteurs de risque (surpoids, traumatismes, contraintes articulaires répétées...), information sur la chirurgie, sur les traitements d'action retardée et rémanente.*

Je rappelle également le projet de communication au prochain congrès de l'AFDET et communication dans des journaux d'ETP⁶⁵

Je fixe une prochaine date de réunion. Beaucoup interviennent au sujet du choix de la date « pas le 7 je serai en vacances.. », «le seul jour où je peux sans problème c'est le mercredi ».

Aussi, à ce moment après un tour de table pour connaître le jour qui convient à la majorité, je propose de mettre en place un cadencement des réunions à date et lieu fixe, comme je l'ai fait pour le groupe de patients AC'Santé. Je propose de nous réunir le dernier mercredi de chaque mois impair à 12H45, bien sûr sur le centre hospitalier d'Allauch.

Ainsi, le programme douleur à destination des patients fut présenté avant fin 2014 à l'ARS pour tenter de bénéficier d'un financement sur 2015. Il sera accepté et démarrera en janvier 2015.⁶⁶ Il évoluera parallèlement à IC-CARE-TOP et AC 'Santé avec la participation ponctuelle d' « experts » et l'aide des partenaires.

En septembre 2015, nous sommes en mesure de proposer aux patients qui ont suivi ou vont suivre le programme ETP, un carnet de suivi de la douleur, élaboré par le groupe de soignants et de bénévoles de l'association, ainsi que les premiers patients qui ont suivi le programme et ont donné leur avis sur l'utilisation et la constitution du carnet qui a été élaborée lors de

⁶⁵ Cf. annexe AFDET 2014

⁶⁶ Cf. annexe Autorisation groupe de la douleur

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

réunions du groupe douleur à partir d'une « maquette » que j'ai proposée au groupe de soignants et de patients pour laquelle j'ai sollicité l'avis la PH algologue du CH d'Allauch.⁶⁷

⁶⁷ Cf. annexe Carnet de la douleur

3 3ème période : Déploiement et confirmation

Les activités d'ETP s'inscrivent en parallèle de l'activité de l'association promue par les tutelles : la coordination du maintien à domicile.

Elles sont la base du déploiement et de l'entretien du processus de création collective de sens. Je m'efforce en tant que sensegiver à solliciter les occasions de pratiquer ensemble ces activités de soins particulières que sont la préparation et l'animation d'ateliers d'ETP.

- L'activité génératrice du groupe

Ainsi, depuis septembre 2013, les activités ont fonctionné et le nombre de participants s'est accru. Les « ateliers » se sont structurés. Les participants et intervenants sollicités pour donner leur avis ont permis à la structure d'évoluer. Ainsi une salariée du Canton Vert, par ailleurs praticienne de Yoga, a introduit dès la troisième séance d'AC'Santé Allauch un « réveil articulaire » qui fut vivement apprécié par les participants. Cette pratique a constitué une sorte de « rituel » d'ouverture des séances et s'est poursuivie même après le départ de la salariée du Canton Vert. Plus tard, une intervenante (IDE) nous dira :

«De voir ces personnes si différentes respirer ensemble, en harmonie, c'est impressionnant. Je m'y suis mise aussi avec elles, pour moi aussi cela signifie faire partie du groupe »

- L'appropriation du programme proposé par les patients

Un jour, des personnes âgées participantes interpellées en fin de séance sur le rappel du programme de la quinzaine d'après, ont manifesté leur souhait de ne pas consacrer plusieurs séances à l'alimentation. Cela a provoqué un échange animé entre les participants et des sujets préférentiels ont été proposés, notamment l'arthrose.

- Multiplication des activités, des possibilités de participation et d'intervention

Le CLIC était devenu partenaire à part entière du Canton Vert lorsqu'il avait proposé l'organisation conjointes de « journées » de prévention réunissant à la fois les bénéficiaires du programme AC'Santé et ceux du CLIC. Les journées thématiques étaient devenues une « habitude », ponctuant un trimestre d'activité. Ainsi en mai 2014 la Journée de Prévention

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

des Maladies Cardiovasculaires et Respiratoires a vu le jour. Cette journée fut l'occasion de « recruter » d'autres personnes pour participer aux ateliers AC'Santé, mais aussi de faire intervenir autour du même projet des professionnels du territoire. En effet, cette journée comportait en plus des ateliers de prévention et des conférences effectuées par les « experts » de plus en plus nombreux des ateliers « bien être » particulièrement appréciés des participants grâce au soutien d'une association de patients.

Dans cette lignée, le salon du BIEN VIEILLIR, 4^{ème} journée de prévention, qui, le 16 septembre « inaugurerait » la rentrée de l'Association, a réuni autour du thème du Bien Vieillir plus de 80 personnes âgées du territoire, une quarantaine de professionnels de santé tous bénévoles pour dispenser des soins ou donner des conférences, et une dizaine d'associations et de sociétés impliquées dans le quotidien ou les pathologies des personnes âgées.

Tableau 11 Le Salon du Bien Vieillir le 16 septembre 2014

Personnes âgées	81
Élus	2 Allauch + 1 Plan de Cuques
Municipalité / CCAS	3 Allauch + 2 Plan de Cuques
Associations Partenaires	Lion's Club (2) – ARARD – 3A13
Intervenants Libéraux	12
Intervenants du CH	3 PH+1 PSY+ 8 EMSP+1 CADRE DE SANTE + 4 DV
Bénévoles	17
STANDS (financement repas)	6 (crédit Agricole, 2 laboratoires Mat. Medical + 3 entreprises)

A partir de la rentrée de septembre les activités du CareHolder se sont déployées, tant par le « bouche à oreille » que par le groupe douleur. Une soirée de formation qui a attiré un spécialiste très connu de la douleur a réuni 127 soignants du territoire. Le Salon du Bien Vieillir a selon nous largement contribué à la diffusion, mais aussi à l'utilité de notre action. Nombre de professionnels y ont trouvé une ambiance conviviale, constructive et même que ce genre de réunion « avait du sens »! La majorité d'entre eux sont venus nous proposer de continuer à nous aider.

Lors de la préparation du Salon, les infirmières se sont accaparées les stands de « prise de tension », les pharmaciens ceux sur la « contention veineuse », le personnel hospitalier est intervenu chacun dans sa spécialité, certains soignants de l'hôpital sont venus bénévolement, sur leur jour de congé proposer des soins (réflexologie plantaire, toucher-détente, relaxation) aux visiteurs. Les libéraux qui n'intervenaient pas directement sont venus « boire le café » ou déjeuner avec nous. Les Élus sont intervenus en se positionnant clairement par rapport « à une

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

initiative nécessaire pour offrir la meilleure qualité de vie possible aux personnes âgées et qui devrait se faire de partout ».

Le salon 2015 est encore plus prometteur. Une nouvelle association de patient est à nos côtés (AFPric), de nouveaux bénévoles nous apportent leur soutien, de nombreux professionnels de santé (dentistes, IDEL, sophrologues...) se sont inscrits pour nous rejoindre au déjeuner. Les CCAS ont demandé à obtenir un stand. Des représentants des tutelles seront présents. A quinze jours de la clôture des inscriptions nous avons recueilli plus de quatre-vingt onze inscriptions de bénéficiaires et pas moins de quarante deux inscriptions de professionnels et intervenants. Un article dans la Provence annoncera prochainement l'évènement et les panneaux d'affichages électroniques municipaux annoncent en boucle l'évènement...

Cette parenthèse sur l'actualité des activités du CareHolder étant terminée, poursuivons l'historique du déploiement.

Un appel à projet nous ayant été favorable, nous avons également obtenu le financement d'un « parcours de marche ». Cet outil, destiné à permettre une Activité Physique Adaptée (désormais APA) et des exercices spécifiques pour travailler l'orientation, la proprioception, l'équilibre et le renforcement des muscles qui permettent les appuis et la marche, a été vu par les médecins notamment comme une véritable aide dans la prévention. « *ah, ça c'est bien* », « *j'ai une personne qui est tombée, je lui ai donné ton numéro de téléphone et lui ai dit de voir avec toi ...* ». D'autres intrigués par des informations leur venant de toutes part nous ont sollicité « *Alors expliquez-moi ce réseau et dites moi comment je peux vous aider ?* » « *(Moi) : Ce sont vos patients qui vous en ont parlé ?, (réponse du professionnel de santé) Oui des patients mais aussi des professionnels* », « *(un médecin me dit en plaisantant : il paraît que vous organisez un parcours de marche : moi aussi je veux venir marcher !* ».

Ce parcours de marche est aujourd'hui légué au centre hospitalier d'Allauch. Nous l'inaugurerons lors du salon du Bien Vieillir, dont la date est fixée au 25 septembre 2015. Je me suis proposée de lui donner le nom de « Jardin du PAS⁶⁸, Rosette BAUFAIS », en mémoire d'une des pionnières du groupe, décédée dans le courant de l'année et qui avait montré beaucoup d'enthousiasme et amené beaucoup de ses congénères dans le groupe AC'Santé.

⁶⁸ PAS signifie Parcours Allaudien de Santé

4 4^{ème} période : Reconnaissance locale du CareHolder et Poursuite du développement

Dès la deuxième semaine de janvier 2015, l'équipe de coordination a organisé les ateliers d'ETP et d'APA qui désormais étaient financés. Des plannings précis répartissaient les interventions de chacun. Les patients de plus en plus nombreux et très assidus provenaient de diverses sources, les professionnels se réunissaient avant les ateliers sur le centre hospitalier pour préparer ensemble leurs interventions, des réunions de coordinations auraient lieu tous les derniers mercredis des mois impairs.

Au premier trimestre 2015, le Fond de Dotation du Crédit Agricole, qui finance des projets en faveur de la prévention en santé nous a accordé une somme de quinze mille euros à la suite d'un appel à projet. J'ai proposé dans cet appel à projet, dont le thème était de proposer un projet consistant promouvoir la prévention en santé, de réaliser des DVD pour faire bénéficier les personnes ne souhaitant pas à premier abord se rendre dans des ateliers d'ETP ou d'APA ou d'AC'Santé de bénéficier des informations qui y sont dispensées. Le titre du projet (et des DVD) est « **DONNER DE LA VIE AUX ANNEES** ». Ils comporteront des scénettes éducatives pour favoriser les comportements bénéfiques à la santé, mettre en évidence les comportements à risque. Les professionnels et les patients des groupes sont très motivés pour tourner ces séquences. Le tournage aura lieu sur le Centre Hospitalier (CH) d'Allauch et les cinq cent DVD prévus seront diffusés par tous les MG et les institutions en rapport avec la santé du Canton Vert.

J'ai ensuite continué à répondre à des appels à projets permettant de répondre aux besoins et/ou propositions formulées lors des réunions. Ainsi, en juillet 2015, une réponse favorable et un financement de l'ARS PACA sont venus couronner le projet de mettre en œuvre trois types différents d'activité physique adaptée permettant de répondre spécifiquement aux priorités de chaque programme (Endurance pour le programme IC-CARE-TOP, renforcement musculaire et proprioception pour AC'Santé et TAI CHI pour le programme mieux vivre avec ses douleurs). Nous avons également obtenu le financement de 3 soirées de formations pour les

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

professionnels où les PH et MG qui s'étaient progressivement approprié la direction scientifique des programmes pourront les exposer aux soignants du territoire.

En 2015, la file active de patients ne cesse d'augmenter dans chacun des axes du parcours de santé développé par l'association. De nombreux médecins qui ne faisaient pas appel à la coordination y font désormais appel et au 31 mai 2015, l'IDE coordinatrice avait un fichier de 161 patients. Ainsi en témoigne un médecin qui a recours pour la première fois à la coordination : *« je n'avais jamais reçu de document aussi synthétique et clair pour résumer la situation d'un patient !, je referai appel à vous, merci »*. Mais nous remarquons que les soignants partenaires et les MG ne sont pas les seuls à commencer à utiliser les services de la coordination à domicile. Les autres professionnels du secteur y ont aussi recours et notre panel de contacts est aujourd'hui très diversifié. Le CareHolder compte plusieurs bénévoles très fortement impliqués (à l'Assemblée Générale de Novembre 2015 il est prévu pour certains d'entre eux qu'ils occupent des postes de trésorier adjoint, secrétaire général adjoint et vice président).

Le 24 septembre 2015, veille du Salon du Bien Vieillir, le CareHolder a entraîné le Pôle Info Senior, le centre hospitalier d'Allauch et l'URPS Pharmaciens, à coorganiser, sur le CH d'Allauch, le 15^{ème} Salon de la polyarthrite organisé par une association de patients AFP^{ric69}, Association Française des Polyarthritiques et Rhumatismes Inflammatoires Chroniques qui est devenue partenaire de notre association et dont certains membres, des patients formés à l'ETP, interviendront désormais dans nos ateliers « mieux vivre avec ses douleurs ». Cette association a de plus une couverture nationale et son Salon est largement annoncé et relayé auprès des professionnels et des patients⁷⁰.

Enfin, l'arrêté du 14/01/2015 relatif au cahier des charges des programmes modifie les compétences requises des soignants pour dispenser ou coordonner l'ETP. Il est désormais impératif que tous les soignants intervenants dans les programmes soient tous formés à l'ETP.

Nous souhaitons, afin de nous conformer au nouveau contexte législatif, proposer une formation commune à tous les soignants qui interviennent dans nos programmes, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, afin de pouvoir maintenir la dynamique développée depuis 2013 et qui n'a cessé de s'étendre depuis et qui permet aux patients âgés vulnérables de bénéficier

⁶⁹ Association Française

⁷⁰ Cf. Annexe Plaquette salon 2015

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

d'un parcours de soin coordonné. Nous avons proposé cette formation aux soignants et obtenu douze engagements fermes de professionnels désirant s'engager dans la formation.

Les dons reçus au cours de l'année (par divers organismes) et un appel à projet permettront de financer cette formation qui outre la mise en conformité avec le nouveau contexte réglementaire, sera l'occasion de nouvelles interactions qui permettront de tisser des liens de collaboration encore plus étroits entre les membres de l'association, permettra à des professionnels hospitaliers et libéraux de multiplier les expériences communes dépassant ainsi la simple juxtaposition d'actions individuelles, se situe dans une dynamique décrite Le Moigne (1995) sous le nom « d'équipe apprenante » dont les retentissements ont été montrés dans la littérature. En effet les apprentissages collectifs confèrent aux équipes des compétences collectives et auto-organisatrices qui seront bénéfiques dans l'optique des parcours de soins coordonnés des patients sur notre territoire.

Dans la partie qui suit, nous joignons plusieurs tableaux résumant l'historique de ces quatre périodes au travers de la grille de lecture que nous avons établie au début de cette thèse : les activités, les outils, la gouvernance, les principaux acteurs.

5 Éléments de structuration du CareHolder

Après cette narration chronologique, nous allons maintenant aborder la narration du cas au travers de la grille de lecture et d'analyse du CareHolder (Introduction, §1.2.4), afin de mettre en évidence à travers le récit de moments remarquables les éléments méthodologiques issus de notre cadre épistémique et théorique. En effet, la CareHolder a été « construit » chemin faisant. Aussi, l'aller-retour entre le terrain et la théorie, les moments d'analyse de la situation, de réflexion sur les propos recueillis où les moments vécus participent de cette construction. Ces éléments de structuration nous permettront de répondre à notre question de recherche n°2 : « *comment structurer le dispositif CareHolder ?* »

Nous donnons dans un premier temps deux tableaux résumant 1) les grandes étapes de notre dispositif en établissant un lien entre narration chronologique et la structuration en fonction de la grille de lecture du CareHolder, 2) le rôle du sensegiver en fonction des différentes périodes. Puis, dans un second temps nous examinerons tour à tour ces éléments de structuration et aborderons le rôle du sensegiver à travers le prisme de la structuration du dispositif.

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Tableau 12 Évolution de la structuration du CareHolder

Date	Gouvernance	Activités	Instruments	Principaux acteurs
La coordination du maintien à domicile n'est pas prise en compte par les acteurs				
2012.09	<p>Les missions de l'association se résument à la partie qui est mandatée par le GCS PGAM⁷¹ c'est-à-dire le maintien à domicile</p> <p>Utilité mal perçue par les professionnels et qui est suspendue à la menace de suspension des financements compte tenu des objectifs non atteints</p>	Maintien à domicile	Plaqueette de l'ACSCV	<p>Remise en question de la coordination médicale par les médecins « <i>les médecins n'aiment pas qu'on vienne fouiller dans leur sac à main...</i> » ; « <i>la coordination du kiné, de l'infirmier, ça on sait faire</i> », « <i>une fois qu'on a signalé un patient on ne sait plus qu'est ce que vous en faites</i> », « <i>vous croyez que je ne l'ai pas déjà proposé plusieurs fois, et vous vous arrivez et ça y'est ?, vous le mettez en place !</i> »</p> <p>Remise en question de la coordination sociale par les travailleurs sociaux : « <i>quand la famille nous signale un problème on contacte directement le médecin traitant, on n'a pas besoin d'une étape intermédiaire</i> », « <i>ben ça c'est notre boulot, en fait vous nous signalez simplement c'est ça ? après c'est nous qui remplissons les dossiers etc...</i> », « <i>vous intervenez que sur Allauch et Plan de Cuques, nous on à des patients qui habitent dans tout Marseille, on ne peut pas se dire tient là on va faire appel à untel, là à un autre. Il faut qu'on aille vite...</i> »</p>
Mise en évidence de l'intérêt de la création d'ateliers pluridisciplinaires pour prévenir les chutes et favoriser le maintien de l'autonomie				

⁷¹ Groupement de Coopération Sanitaire, Parcours Gérontologique Agglomération de Marseille

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

3 ^{ème} trimestre 2013	ARS a redéfini les missions du réseau. La SG de l'Association propose à l'Association d' « héberger » un programme de prévention ou elle coordonnerait patients et professionnels <u>bénévoles</u> autour d'une problématique : les chutes itératives de la PA	Création d'un annuaire de ressources territoriales.	Plaquettes du programme Salon des Associations Cas de Mr KATA	Mobilisation par la SG des premiers professionnels autour de la problématique de la prévention en amont des accidents
2013.09	idem	Démarrage des activités du programme au sein d'ateliers (2 séances par mois de septembre 2013 à ce jour Réunions de formation EPU sur l'ETP	Outils d'ETP pour les ateliers Réunion de formation (EPU) Brainstorming sur l'utilité de la coopération des professionnels de santé Etude de nouveaux cas	Mobilisation de bénévoles et d'associations partenaires (Lion's Club des Sablines ; RESP 13, 3A, 3A13...) Cooptation de nouveaux partenaires qui entendent parler des ateliers et/ou sont contactés par des professionnels déjà mobilisés (ex JJP qui est venu à la première réunion en oct 2013)
1 ^{er} trimestre 2014	L'ACSCV rejoint le GCS PGAM qui définit les objectifs et les missions de la partie MAD Le programme AC'Santé est autorisé par l'ARS et coordonné et animé par l'IC	Reprise de l'activité de MAD pour la PA > 75 sur Allauch PdC Journées thématiques de prévention	Poster présentation Plaquettes On demande aux professionnels d'intervenir eux même lors des journées thématiques	Rencontres professionnels par « groupes d'intérêt » afin de leur faire connaître l'association et connaître leurs attentes par rapport à une structure de coordination. Les pourvoyeurs réguliers de patients pour le MAD sont la pharmacie de la Pounche, les 3 MG. Les autres patients sont adressés ponctuellement.
Emergence des besoins d'accompagnement – mobilisation des ressources grâce à des appels à projet				
2014.05	Organisation de l'activité MAD par le GCS PGAM Coordination des autres activités	AC'Santé Allauch Maintien à domicile Groupe de réflexion sur la	Questionnaire qualité de vie Création d'un groupe de réflexion sur la douleur	Les acteurs trouvent une place dans le réseau <i>« je dois remplir un document pour le conseil de l'ordre, ils demandent si on fait partie d'un réseau, donne moi exactement les</i>

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

	et animation du territoire par la SG	<p>douleur : nouveau besoin identifié chez les patients : accompagnement de la douleur chronique</p> <p>Journées Thématiques (3)</p> <p>Appels à projet (APA+parcours de marche)</p>	<p>chronique</p> <p>Élaboration par la SG d'un programme d'ETP pour le patient Insuffisant Cardiaque IC-CARE-TOP</p> <p>Obtention du financement de séances d'APA et du parcours de marche suite à l'appel à projet</p>	<p><i>renseignements administratifs pour que je puisse remplir le document»</i></p>
Déploiement et Confirmation				
4 ^{ème} trim 2014	<p>Réorganisation du conseil d'administration de l'association (inclusion de nouveaux membres, mise en conformité des documents...)</p> <p>44 professionnels, bénévoles ou représentants d'associations sont présents à l'Assemblée Générale</p> <p>Concentration de toutes les demandes sur le numéro unique de la coordination</p>	<p>Idem</p> <p>Salon du Bien Vieillir</p> <p>Formation professionnelle (EPU) Douleurs de la PA</p> <p>Célébration festive de la fin de l'année financée par le Lion's Club</p>	<p>Photos du salon du bien vieillir</p> <p>Plaquettes présentation du PARCOURS ALLAUDIEN de SANTE pour la PA</p> <p>Plaquettes IC CARE TOP</p> <p>Carnet de suivi de la douleur</p> <p>Construction d'outils d'ETP</p> <p>Proposition par la SG d'un programme d'accompagnement de la douleur chronique hors AAP</p> <p>Obtention du financement du programme IC CARE TOP</p> <p>Obtention du financement de</p>	<p>Les acteurs extérieurs trouvent une utilité aux missions de l'association en ce qui concerne le lien social et l'activité physique adapté. « ça c'est bien... »</p> <p>L'intérêt que portent les personnes âgées aux activités qui leur sont proposées touchent les intervenants, les confirme dans leur engagement et participent de la diffusion des activités</p> <p><i>« Alors expliquez-moi ce réseau et dites moi comment je peux vous aider ? –Ce sont vos patients qui vous en ont parlé ?, Oui des patients mais aussi des professionnels »</i></p> <p>Les acteurs ont un problème de TEMPS. « je veux bien intervenir mais je ne sais pas comment faire en fait car je suis débordée, si je m'engage, il faut que je puisse tenir », « je vous ai planté la dernière fois, aussi cette fois, je suis heureuse de te dépanner », « comment je peux intervenir sans être présente</p>

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

			séances d'APA et du parcours de marche suite à l'appel à projet	<i>physiquement ? car j'ai un temps plein au cabinet et un mi-temps dans une maison de retraite ? »</i>
Reconnaissance de la coordination du maintien à domicile dans le cadre d'un parcours intégrant prévention, APA, et ETP				
2015	<p>Prévision de modification des statuts afin d'alléger le formalisme de l'association.</p> <p>Les programmes d'ETP sont suivis par l'ARS et effectués selon le cahier des charges validé.</p>	<p>Démarrage des ateliers IC - CARE-TOP (1 séance par semaine 21 patients inscrits 60% de présence à chaque atelier)</p> <p>« Mieux Vivre avec ses douleurs »</p> <p>(1a séance par quinzaine 39 patients inscrits 75% de présence a changé les ateliers patients)une séance par semaine d'APA (capacité maximum 20 patients, 18 patients par séance en moyenne)</p> <p>Journée nationale de l'audition (mars)</p> <p>Réponse à l'AAP crédit Agricole</p> <p>Réponse AAP Sport et santé ARS PACA</p>	<p>Film de présentation de l'Association réalisé par le Crédit Agricole</p> <p>Poster de présentation de l'évolution des activités (présenté au 20^{ème} anniversaire de la Société Provençale de Gérontologie)</p>	<p>Inclusion de nouveaux professionnels participant aux ateliers</p> <p>« Embauche » d'un éducateur sportif spécialisé.</p> <p>Appels fréquents et issus de divers acteurs à la coordination du maintien à domicile (36 signalements à ce jour depuis le 1^{er} janvier 2014).</p> <p>Le rôle de la coordinatrice est bien accepté, « <i>ça soulage le médecin et ça fait du bien au patient, alors !</i> » on note toujours des réticences sur le rôle du MG du réseau « <i>elle n'a pas la capacité de géronto ?</i> »</p>

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

5.1 Rôle du Sensegiver

Tableau 13 Le rôle du sensegiver

Période	Visionner	Signaler	Revisionner	Energiser
2012	Coopération des professionnels de santé	Développement d'ateliers d'ETP (Marseille Diabète) sur Allauch.		
2 ^{ème} trimestre 2013	Coopération pour développer la prévention d'une problématique fréquente et évitable	Réflexion sur des cas de patients chuteurs ayant des conséquences graves sur leur autonomie.	Ce qui aurait pu être évité « effectivement, c'est à chacun de nous d'insister pour qu'ils pensent systématiquement à allumer la lumière quand ils se lèvent pour aller aux toilettes la nuit »	Accord pour participer à un projet « <i>qui ne prenne pas trop de temps...</i> »
3 ^{ème} trimestre 2013		Proposition de thèmes d'ateliers EPU l'Éducation Thérapeutique (à partir de la narration d'un cas)	Comment transmettre l'objectif de l'atelier ?	Choix d'un thème pour intervenir
2014	Compréhension des points qui suscitent l'intérêt (ou l'inverse) ou des préoccupations des professionnels et mesure de la satisfaction des bénéficiaires et de leurs attentes par rapport au programme.	Mise en valeur des indices perçus (Activité Physique, lien social, douleur)	Perception des bénéfices sur les patients, perception de l'utilité de l'association	Recours à l'association, rôle dans l'association
2015	Notoriété de l'association	Éléments de reconnaissance de l'association (article La Provence, film Crédit Agricole, courriers anonymisés) de médecins	Bénéfices pour les patients	Recours plus fréquent à la coordination

Nous venons de dresser des tableaux permettant une lecture rapide à travers les éléments de la grille d'analyse et de lecture du CareHolder les événements remarquables pour sa construction. Nous allons maintenant nous pencher sur ces éléments au travers de notre grille de codage des données (Tableau 8).

5.2 Les acteurs

Nous avons convoqué pour favoriser la compréhension de la mise en œuvre de la coopération à travers un processus de création collective de sens, l'identité des acteurs. (Fischer, 2010a :186), rappelle que la notion d'identité comporte deux pôles : un pôle individuel traduit par le concept du Soi (que l'individu s'attribue pour dire et montrer qui il est) et un pôle social (défini par des normes et qui s'exprime par des rôles sociaux). A travers les « *mises en scène* » que nous créons, à travers les interactions, comment ce concept se traduit-il dans les attentes, les rôles et l'implication des individus ?

5.2.1 Trouver une utilité à l'association, y trouver une place

Nous⁷² avons rencontré les acteurs à la fois lors des réunions convoquées sur le Centre Hospitalier d'Allauch, mais aussi lors de contacts informels ou de contacts consécutifs à l'activité coordination du maintien à domicile.

Dans cette partie nous nous sommes intéressées à la fois à l'analyse des verbatim, nous nous sommes appuyées sur les questionnaires que nous avons remis aux professionnels et nous avons noté l'évolution du rapport à du CareHolder et l'implication des soignants.

- Questionnaire remis aux 5 praticiens hospitaliers du centre hospitalier d'Allauch (dont la Présidente de la CME) lors d'une réunion d'information sur l'association de coordination

⁷² Nous ici représente l'équipe de coordination

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER



Cher Docteur,
 Pourriez-vous, s'il vous plaît répondre à ce questionnaire. Cela nous permettra d'orienter notre action et de l'enrichir de vos avis. Ce projet se veut être une construction collective qui doit répondre aux attentes à la fois des patients et des professionnels

Pensez vous que le dispositif peut permettre un échange de données et un partage d'expériences susceptible de fluidifier le parcours de la personne âgée?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> peut-être <input type="checkbox"/> non
Pensez-vous que ce dispositif pourrait faciliter la résolution de problèmes ou anticiper l'apparition d'incidents lors du retour à domicile?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> peut-être <input type="checkbox"/> non
Pensez-vous nous adresser des patients ? (pour des programmes d'ETP, de prévention, du maintien à domicile , un accompagnement de l'aidant?)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> peut-être <input type="checkbox"/> non
Est-ce que vous voyez un intérêt au développement d'un tel dispositif?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Pourriez-vous en quelques mots nous donner votre avis (y-a-t-il des points à rajouter, à supprimer...) ou sur ce qu'il y aurait lieu de faire pour qu'un tel dispositif puisse fonctionner avec votre assentiment .	

Les réponses obtenues à l'issue de ce questionnaire :

questions	oui	peut-être	non
1	2	3	
2	4	1	
3	2	3	
4	5		
5	Nous obtenons deux réponses qui concernent toutes les deux une demande d'information sur les conditions du retour à domicile		

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Lorsque nous avons émis ce questionnaire, début 2014 aux praticiens hospitaliers (PH), ils avaient connaissance du programme de Prévention « AC'Santé Allauch » qui se déroulait dans leurs locaux depuis septembre 2013, mais nous ne les avons jamais sollicités pour y participer. Ils avaient du mal à situer les objectifs et les nouveaux axes de travail de l'association. « *Eh ben c'est quoi la différence avec avant ?* ».

Selon nous, les réponses obtenues montrent que la coopération autour de notions comme le fait d'anticiper les incidents, sont, à ce moment assez floues (majorité de peut-être dans les réponses...) mais qu'en revanche personne n'ose se prononcer contre la maxime de la coopération (5 oui à la question 4), bien que les contours en soient mal définis ou bien à l'inverse, comme nous le rappelions en début de notre propos, « *chacun se gargarise avec l'idée de coordination* » et de fait ne cherche plus à savoir ce que ce mot porte

Cette première réunion de présentation et d'information ne fut donc guère concluante et ne fut pas suivie d'un grand engouement. Seul un des praticiens a manifesté de l'intérêt pour cette démarche en nous disant à la suite de la réunion « *si vous avez besoin de moi, appelez-moi et venez me voir dans mon bureau on en discutera* ».

Saisissant cette opportunité, nous l'avons sollicité, puis progressivement, nous avons demandé à ces PH d'intervenir régulièrement selon leurs spécialités dans nos ateliers, avec l'accord bienveillant du Directeur du Centre Hospitalier. En juillet 2015, ces PH ont accepté de devenir les directeurs scientifiques des programmes ETP en cours (AC'Santé, IC-CARE-TOP, Mieux Vivre avec ses douleurs), un d'eux a accepté de devenir Vice Président de l'Association et promeut l'ACSCV lors des formations qu'il est amené à faire dans le cadre des ses activités « *Hier soir, j'ai fait une formation à une vingtaine de médecins, parmi lesquels il y avait (...). Le sujet était sur l'essoufflement des prises en charges de patients hypertendus. J'en ai profité pour leur parlé du programme et pour leur dire de nous envoyer des patients* ». Ils prennent part active dans les grandes manifestations du réseau ainsi qu'en témoignent la journée du 12 juin sur l'incontinence urinaire et les salons de septembre 2015 à venir.⁷³

- Questionnaire remis à l'issu de l'EPU pluridisciplinaire du 8 octobre

Nous avons reçu 127 personnes (soignants). Nous leur avons remis lors de l'émargement un questionnaire à remettre dans une urne à la sortie de la formation.

⁷³ Cf. Annexe « Incontinence

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Nous n'avons obtenu 13 réponses. Nous avons omis de rappeler à la fin de la soirée que nous comptons les récupérer...



Association de Coordination de Santé du CANTON VERT
 Centre Hospitalier d'Allauch
 Chemin des Mille Ecus 13190 ALLAUCH
IDE Coordinatrice : Madame Agnès AVINSAC
 Tel : 06.48.38.86.20
 Mail : coord.geronto@ch-allauch.fr

Docteur, Madame, Monsieur,

Nous vous serions très reconnaissants de bien vouloir répondre aux quelques questions ci-dessous afin de nous aider dans la définition de vos attentes par rapport à notre action. Nous vous remercions de votre présence.

L'équipe de coordination

Pensez-vous que l'association de coordination du Canton Vert puisse accompagner vos patients âgés et vulnérables dans certaines situations difficiles ? souvent parfois rarement jamais

Pensez-vous que les actions de l'association en faveur de la prévention et du lien social sont utiles ? oui assez peu pas du tout

Avez-vous déjà entendu parler des ateliers de prévention par vos patients ? oui non

Seriez-vous prêts à intervenir à nos côtés ?
 Merci de cocher la ou les cases qui correspondent à une intervention possible de votre part.

en nous adressant des patients âgés et vulnérables
 En participant aux ateliers de prévention ou d'éducation thérapeutique
 En participant à l'élaboration de programmes de prévention
 En participant aux actions de recherches transdisciplinaires (ville-hôpital)

Pouvez-vous nous dire en quelques mots nous dire ce que vous attendriez d'une association de coordination de santé ? Dans quel(s) domaine(s) notre action pourrait-elle être utile pour vous et vos patients ?

En avant de l'équipe

Souhaitez-vous vous être tenu informé des dates de réunions et de l'avancement du programme de Prévention en Santé pour l'accompagnement des douleurs chroniques de type rhumatisme ?
 Les réunions ont lieu 1 fois tous les mois et demi, hors vacances scolaires entre 12H30 et 13H30 sur le Centre Hospitalier ou une collation est proposée.

Si oui, merci de nous indiquer vos coordonnées :

Nom : <i>P</i>	Profession :
Prénom : <i>shih</i>	<i>généraliste</i>
Téléphone cabinet : <i>04 91 66 27 15</i>	Email : <i>shih@orange.fr</i>
Portable : <i>06 12 14 5 8 34</i>	Adresse : <i>112 av de dolus 13117</i>

Souhaitez-vous être contacté par l'IDE Coordinatrice afin de mieux connaître les domaines d'intervention de la coordination de santé du Canton Vert ?

Oui
 Non

Avez-vous des questions, des remarques ? Merci de les indiquer ci-dessous et au verso

Sur ces 13 réponses :

- 4 ne comportent pas le nom et les coordonnées et la profession de la personne répondante.
- 5 mentionnent être intéressées par le travail en équipe et la pluridisciplinarité
- 5 mentionnent être intéressées par les aides sociales, les démarches administratives et la mise en lien avec les différentes associations et réseaux

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

- 1 demande des explications et des clarifications sur les missions du réseau dans le cadre du MAD
- 1 demande d'information sur la prise en charge des patients déments à domicile

Parmi les professionnels qui se sont identifiés nous avons : 7 IDEL, 1MG, 1 Ostéopathe.

A l'issue de ces résultats, nous avons tenté de rencontrer chacun de ces neuf professionnels ; Les entretiens que nous avons eus nous ont permis de préciser certaines de leurs attentes et d'en recruter quelques uns pour intervenir au sein des ateliers, mais ce questionnaire ne nous permet pas vraiment d'avancer sur notre réflexion.

5.2.2 Ambigüité et paradoxe

Lors des réunions de préparation des ateliers et des rencontres avec les professionnels, nous avons pu relever deux types de réactions opposées et critiques de la part des soignants. Les hospitaliers d'une part : « *en ville, vous ne savez pas forcément comment prendre en charge la douleur* », les libéraux d'autres part : « *ils laissent sortir le patient sans rien lui donner pour la douleur, sans avoir rien préconisé* ».

Nous relevons aussi dans les interventions principalement des médecins généralistes et des infirmiers l'ambigüité qui réside dans l'activité de maintien à domicile et dans le rôle de la coordination (médecin+IDEC)

En effet, il apparaît que le rôle de la coordination est parfaitement accepté et compris assez tôt dans le développement de l'axe maintien à domicile par les infirmières (nous avons demandé à chaque infirmière de remplir un questionnaire au fur et à mesure de nos rencontres informelles depuis octobre 2014. Nous avons récupéré 16 documents). A la question « *qu'attendez-vous* » de la coordination, l'analyse des réponses met en évidence ses rôles de liens entre les différents professionnels, de suivi de prise en charge, de prévention des accidents, d'information et de mise en lien avec les structures permettant un meilleur accompagnement social des personnes en fonction des ressources du territoire.

Ainsi certaines infirmières jouent aujourd'hui parfaitement le jeu et nous adressent des rapports très précis de la situation des patients qui leurs sont confiés en communiquant régulièrement avec l'IDEC.

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Il n'en est pas de même avec certains médecins où nous avons pu relever des réflexions mitigées concernant l'intervention de la coordination : *« vous croyez que je n'ai pas proposé maintes fois de mettre en place une téléalarme ?, vous vous arrivez et ça y'est, ils vous disent oui ? »*,

« Tous les enfants pensaient que le père allait bien. Il a fallu que je les convoque tous à la fois, que je pose les questions devant eux, pour leur montrer que cela n'allait pas du tout. Il obtenait un score de 4 ! Mais ils ne le croyaient pas avant, c'est quand j'ai fait le test qu'ils ont commencé à prendre conscience du problème. Maintenant, il faut organiser le maintien à domicile et j'ai besoin d'une aide pour les papiers ça oui. »

« Le médecin de la coordination n'a pas la capacité de gériatrie ? » ; « pourquoi faites vous intervenir un autre médecin ? » ; « les médecins n'aiment pas que l'on aille fouiller dans leur sac à main » ; « Ah ça oui c'est bien » (en parlant des autres activités en opposition avec la coordination à domicile) « nous on gère le social avec le médecin généraliste de la personne, je ne vois pas pourquoi on ferait intervenir un autre médecin ».

Nous avons du passer beaucoup de temps et auprès de tous les acteurs (ie pas seulement les médecins, les assistants sociaux, les familles aussi) jusqu'à très récemment, pour expliquer l'importance de pratiquer une *Évaluation Gériatrique Standardisée* pour mettre en place un Plan Personnalisé de Soins, regroupant toutes les actions à mettre en œuvre et les différents acteurs à coordonner. Malgré cela nous avons eu des remarques telles que : *« c'est bien une évaluation gériatrique standardisée, mais alors pourquoi n'est-elle pas faite à l'hôpital par des gériatres ? »*, *« si c'est une batterie d'exams, je préfère alors envoyer mes patients la faire à l'hôpital et par des spécialistes, sinon, cela équivaut à ce que je fais moi-même, avec la connaissance de mon patient en plus »*, *« ça ne sert à rien de faire intervenir un généraliste sur un généraliste »* et lorsque nous répondions qu'il était important de saisir les conditions de vie à domicile, de s'enquérir de l'aidant, de faire le tour des besoins sur place, que cela prenait beaucoup de temps, on nous a rétorqué *« mais là il suffit de faire venir l'infirmière et l'assistance sociale, pas besoin de déplacer le médecin pour ça. Elles nous demandent et nous on leur dit par rapport aux conditions de vie à domicile. Nous on y va plusieurs fois à domicile, on est plus apte à se rendre compte de la situation que quelqu'un qui ne connaît pas les gens et qui les voit pour la première fois »*.

A côté de ce risque « d'intrusion dans la relation médecin-malade » lié à l'intervention de professionnels autres que ceux du patient, ces entretiens et notre expérience désormais de la

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

gérontologie, nous suggèrent une réflexion : cette *Évaluation Gériatrique Standardisée* ne devrait-elle pas être effectuée plus en amont de la perte d'autonomie et avoir une visée plus⁷⁴. Dans ce cas effectivement, une évaluation dans le cadre d'une structure hospitalière (hospitalisation de jour par exemple) nous paraît tout à fait pertinente.

Enfin, nous notons que le manque de temps représente un frein majeur à la participation des professionnels. Ainsi deux médecins très motivés et qui sont intervenus dans des ateliers ont dû suspendre provisoirement leurs interventions pour des problèmes familiaux, des infirmières également pour des raisons professionnelles « *je me retrouve seule, je n'y arrive plus* ».

Nous avons effectivement relevé un énorme paradoxe la volonté de travailler en équipe majoritairement exprimée et le manque de temps exprimé à consacrer à la mise en place d'une prise en charge multidisciplinaire : « *je cours partout* », « *je finis très tard* », « *je suis à plein temps au cabinet et à mi-temps à la maison de retraite* », « *j'en ai pour deux ans à faire la capacité de géronto* », « *je viendrai promis* » (et la personne ne vient pas...), « *j'ai zappé* », « *j'avais une autre réunion ce soir là* », « *j'aimerais bien venir aux réunions, pas aux ateliers, mais continue à m'envoyer les mails* », « *on finit la tournée à 13H30, du coup on arrive à la fin aux réunions...* », « *je voulais venir, mais j'ai eu un empêchement de dernière minute* », « *envoie moi des SMS, je ne te répondrai pas forcément mais au moins ça me rappellera la réunion* ».

L'organisation actuelle des soins n'offre que peu de place aux rencontres pluridisciplinaires, aux temps de coordination. Lorsque les professionnels acceptent de passer du temps pour les rencontres, les groupes de travail, ils prennent du temps sur leurs temps personnel et doit-on rappeler que les libéraux, ne sont pas payés à l'heure... Aussi, lorsqu'ils ne sont pas en train d'accomplir leurs tâches codifiées, ils ne sont pas rémunérés. Nous avons dû prendre en compte ce paramètre dès le démarrage du projet. Il nous a paru important de commencer notre projet sur du bénévolat, pour comme nous l'avons dit ouvrir sur une quête de sens qui accueille d'autres objectifs que financiers : certains ont accepté d'ailleurs par pure amitié au départ puis ont fini par se prêter au jeu... Nous avons profité de circonstances favorables « *maintenant que mon fils n'est plus à la maison, je vais profiter de ce temps pour venir*

⁷⁴ Elle n'est pratiquée qu'à partir du moment où la situation du patient justifie d'un état de santé dégradé, nécessitant un maintien à domicile en vue d'éviter une hospitalisation. Pourquoi ne pas permettre à des personnes âgées non encore fragilisées d'accéder à cette évaluation qui pourrait permettre d'anticiper des accidents et de leurs présenter des ressources de santé adaptées à leur cas en amont des situations de perte d'autonomie ?

t'aider », « *je ne suis plus au cabinet que deux jours par semaine, alors s'il faut venir, dis moi* ». D'autres sont venus pour se retrouver dans une équipe, pour la nouveauté... « *C'est super enfin on va un peu bouger...* » Enfin, le développement des activités et le bouche à oreille à permis de susciter la curiosité et de nouvelles collaboration. Mais, peu importe, l'idée maîtresse étant de permettre l'enaction d'un environnement.

5.3 La gouvernance

Ce terme est né d'une volonté de dépasser une conception du pouvoir asymétrique au profit d'une approche pluraliste et interactive de l'action collective. Bien que pour (Chevallier, 2003) désapprouve l'utilisation intempestive de ce terme, nous les utilisons pour comprendre quel peut être *le pilotage* et *l'architecture* (Assens, 2003) des relations et des interactions dans un tel dispositif. Nous voulons regrouper, nous l'avons vu, des acteurs jouant différentes partitions, à la fois libéraux, institutionnels, civils, bénévoles ou impliqués par leur problème de santé ou celui de leur proche. Tous sont déjà régis par un système de pouvoir qui leur est propre et qu'il semble impensable de soumettre à un pouvoir « supérieur » ou « supplémentaire », qui aurait une légitimité pour organiser l'action de l'ensemble. Nous avons évoqué un frein redondant à la participation des acteurs dans l'association : le manque de temps. Nous savons tous que l'opinion majoritaire des libéraux sur les contraintes imposées par la nébuleuse institutionnelle et administrative va à l'encontre de leur engagement dans un système qui les obligerait, dans une organisation de conception traditionnelle où un pouvoir descendant, autoritaire, fonctionnant à l'injonction, (Lascoumes, 2005), se manifesterait pour l'acteur par la cession d'une part de sa liberté. Dans cette optique traditionnelle, l'action collective se fait au prix de conditions et de contraintes et donc ne se ferait pas.

Nous avons opté pour une nouvelle épistémologie de l'action collective où le sujet est capable de s'inventer lui-même et se faisant, invente le collectif. Quelle gouvernance imaginée alors pour envisager les dimensions organisationnelles, interactionnelles de ce processus qui vise la coordination des soins sur un territoire ? Nous sommes parties d'une activité collective de soin comme fondation d'un projet ouvert et résolument tourné vers l'action. Nous nous sommes tout au long de l'expérience laissées guider par la « *créativité de l'agir* » (Joas, 2001). Partant, nous avons décelé quatre niveaux de gouvernance (conceptive, stratégique, clinique, opérationnelle) que nous allons analyser au travers de l'expérience menée sur le Canton Vert.

5.3.1 Gouvernance conceptive :

Nous empruntons ce terme, (Grenier, 2009) qui a étudié les réseaux de santé, comme outils permettant de dépasser le cloisonnement des savoirs professionnels. L'auteure adopte une vision constructiviste dans laquelle la diversité des acteurs est à la fois une source de richesse, d'innovation mais aussi d'incertitude. Dès lors, elle nous invite à prendre en compte cette diversité dès l'étape de conception du réseau en posant que « la construction de la diversité des acteurs qui participent à la gouvernance est un outil de pilotage ». Aussi, compte tenu de l'expérience de construction de réseau rapporté par Grenier *ibid.*, construisant le groupe « *pas à pas* », nous avons pu être vigilantes au recrutement d'acteurs favorables à l'ouverture sur les divers métiers dans une ambiance collégiale.

5.3.2 Gouvernance stratégique :

La stratégie est entendue au sens de la perspective de la pratique (Whittington, 2006 ; Jarzabkowski, 2005 ; Johnson *et al.*, 2003). Le rôle stratégique du SG a consisté à analyser les besoins de l'association au fur et à mesure de son développement et à les croiser avec les attentes des autorités de tutelles ainsi que les orientations politiques à l'origine des financements. Ainsi, nous avons proposé le premier programme d'ETP dans le domaine de l'Insuffisance Cardiaque, sachant que peu de programmes étaient dispensés dans notre région. Nous avons saisi chaque avancée concrète et significative (obtention de financement pour un film, pour un parcours de marche), pour permettre aux acteurs de s'impliquer dans un projet où des possibles s'ouvraient ainsi qu'en témoignaient ces « petites victoires ». Ce que (Rouleau, 2005) éclaire en montrant que des micro-pratiques peuvent être au cœur de processus de construction de sens et générer ainsi des changements stratégiques que nous avons rapproché des « petites victoires » (small wins) de (Weick, 1984).

5.3.3 Gouvernance « clinique »

Nous utilisons la définition de la gouvernance clinique de (Contandriopoulos, 2008 : 199) « *Par gouvernance clinique, nous entendons la conduite, à partir d'une position d'autorité, des actions stratégiques et managériales nécessaires pour coordonner les pratiques de professionnels autonomes en situation d'interdépendance dans l'exercice de leurs responsabilités cliniques, dans le but d'assurer la qualité et la sécurité des trajectoires de soins de chaque patient. La gouvernance clinique consiste à mobiliser des savoirs, du leadership, des outils, des leviers d'actions pour que dans les organisations de santé, le*

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

domaine de la clinique et le domaine organisationnel interagissent en synergie pour orienter l'organisation dans son ensemble, dans le sens d'une amélioration continue de sa performance. »

Un rôle clinique a consisté à développer et promouvoir des programmes d'ETP. En effet, la réalisation et la mise en forme du programme d'ETP présentés à l'ARS ne peuvent s'improviser. Les documents à produire sont très encadrés et doivent refléter et détailler des objectifs thérapeutiques très précis, fournir des preuves concernant les compétences des personnes impliquées dans les programmes pour traiter des sujets et ouvrir sur des perspectives de formation en ETP des acteurs. Le SG a donc réalisé l'ensemble de ces documents. Ces documents n'ont pas été diffusés à l'ensemble des acteurs car le risque encouru aurait été qu'ils se sentent étrangers à une telle entreprise. Nous entendons donc par co-construction du programme *la mise en forme dans un programme d'ETP des éléments que nous avons retenus ou provoqués lors des réunions de travail et des rencontres informelles* (nécessité de pratiquer de l'Activité Physique, la mesure de la douleur, choix de techniques et d'outils pour faire émerger les objectifs thérapeutiques...).

5.3.4 Gouvernance opérationnelle

Un rôle opérationnel, dans lequel le SG a été largement soutenu par la direction du centre hospitalier d'Allauch et la coordinatrice de l'ACSCV. Il a résidé dans l'organisation de toutes les manifestations et atelier, regroupant ainsi le déploiement des activités (la logistique, la communication, l'animation, le management des salariés de l'ACSCV) et l'administration de l'association (préparation des ordres du jour des conseils d'administration...).

5.4 Le contexte de l'action collective

Pour (Allport, 1924) , cité par (Fischer, 2010a : 14) et dont s'est fréquemment inspiré Weick, « *la psychologie sociale a pour objet l'étude des relations réelles ou imaginées de personne à personne dans un contexte social donné, en tant qu'elles affectent les personnes impliquées dans cette situation* ». Cette définition pose le contexte comme un élément à part entière du déroulement de l'interaction, en lien avec la signification qui sera échangée et construite par les protagonistes.

Le directeur du centre Hospitalier d'Allauch, Monsieur Robert SARIAN, nous a offert la possibilité de fixer un lieu unique pour nos réunions le centre hospitalier d'Allauch, siège de

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

l'association. Nous avons pensé d'abord de manière intuitive, que cette localisation, qui est aussi celle des ateliers pour les patients, serait un symbole du décloisonnement que nous souhaitons instaurer pour permettre la mise en œuvre du « CareHolder ». En effet, bien plus qu'une salle de réunion d'hôtel (ce qui est la tradition en matière de réunion dans notre secteur), ou une salle municipale (ce qui est une pratique courante pour les réunions d'associations sur Allauch), le lieu de déroulement de toutes nos activités où nous a paru être un facteur participant de création de sens. Les remarques de certains des participants nous ont d'ailleurs confortés dans cette intuition. Le cadre était impersonnel de notre toute première réunion (en juin 2013) qui avait eu lieu dans un Novotel proche d'Allauch ne nous était pas paru favorable à la création d'une ambiance propice à la coopération. Les réunions suivantes se sont déroulées sur le Centre Hospitalier et les verbatim que nous avons pu recueillir dans le cadre de ces réunions nous ont confirmé dans le rôle du centre hospitalier dans le processus de création de sens. Ainsi, au cours d'un repas pris au self du Centre Hospitalier au cours d'une réunion un médecin dit : « *j'étais interne ici* ». Une autre fois, un autre médecin, dit avec une voix empreinte d'une certaine nostalgie, alors que nous nous dirigeons dans les couloirs du CH, « *ça me rappelle ma jeunesse* »... Un des médecins du territoire que nous avons rencontré lors d'un déjeuner pour le convier à notre groupe nous apprend qu'il va faire le stage de sa capacité de gérontologie sur le Centre Hospitalier, tandis qu'une infirmière nous raconte qu'elle a démarré sa carrière au V120⁷⁵ et qu'une autre se remémore le temps où elle travaillait au SSIAD⁷⁶ de l'hôpital....

En effet, outre le fait que cela soit plus pratique pour les praticiens hospitaliers, l'*unicité*, la *symbolique du lieu* (ie hôpital : espace privilégié d'un agir commun pour le soin) et la *ritualisation des réunions* (déjeuner commun les derniers mercredis des mois impairs, un déroulement formalisé⁷⁷) participe de la « mise en scène » concourant à l'« automatisation » (Goffman, 1974) de nos échanges pluridisciplinaires .

Notons que le projet de programme douleur s'effectue au sein du programme développé pour le maintien de l'autonomie AC'Santé qui a fait l'objet d'une forte participation de patients qui ont largement contribué à la diffusion du programme auprès des professionnels.

⁷⁵ Il s'agit du nom d'une unité de soin du CH

⁷⁶ SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

⁷⁷ Nous procédons systématiquement au même déroulement de l'ordre du jour, quels que soient les sujets de réunions : « état d'avancement des actions du réseau », « discussion sur des cas rencontrés pendant le repas », « activités répondant à l'objectif du jour », « conclusion de la réunion par un tour de table ».

Fait non négligeable également, le laboratoire Abbott (aujourd'hui nommé MYLAN) assure un soutien logistique (organisation des buffets, fourniture de supports, diffusion des invitations, participation à l'élaboration du « carnet de suivi de la douleur », animation des réunions.... La localisation sur le centre hospitalier a contribué à permettre ce soutien logistique.

5.5 Émission des signaux.

5.5.1 Les signaux

Nous tentons donc de faire du Centre Hospitalier d'Allauch un « nœud singulier d'exigence de renvois significatifs » (Desanti, 1994 : 27). Dans son introduction à la phénoménologie, l'auteur présente le monde comme une « connexion de signaux » p.21. Le SG assignera à ces signaux le rôle de déclencher des interactions et le partage de caractères signifiants. Ainsi que cela est fait dans les ateliers d'éducation thérapeutique ou un support (outil ou technique d'animation) est utilisé au départ pour permettre le déclenchement de partages, sources de réflexion et de modifications éventuelles de comportements. Une situation qui étonne, un questionnement qui incite à élaborer une problématique permettent les échanges et la clarification, qui initient le cheminement de la pensée (Lacroix & Assal, 2011 : 100) et suivantes) . Inaugurée par Piaget, pour qui le *maître* devait cesser de n'être « qu'un conférencier » vecteur de solutions toutes faites et tenter plutôt de stimuler la recherche et l'effort (Piaget, 1972), *la méthode vise aussi à mobiliser l'indice de certitude des participants*, allant jusqu'à créer des conflits cognitifs pour permettre ajustements et adaptation des conceptions personnelles. Lors des ateliers et entretiens les soignants éducateurs ont pour rôle d'ouvrir cet espace où sont intensifiées les interactions entre individus (confrontation des points de vue, partages d'expériences, relations...). Pour se faire, ils favorisent la pratique et le concret au détriment de l'abstraction. Ils utilisent volontiers des métaphores, des études de cas imagées faisant appel aux sensations et aux émotions et qui se situent plus volontiers dans l'heuristique que dans le cognitif. Comme (Weick, 1995) le mentionne ce qui est commun aux vocabulaires du sensemaking c'est que chacun d'entre eux décrivent soit des moments passés, soit des moments présents, soit des connexions. Le tableau ci-dessous indique les procédés utilisés permettant l'émission de signaux.

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Tableau 14 Signaux et techniques utilisés

Signaux et techniques utilisés
Résultats des enquêtes qualité de vie effectuée auprès des patients AC'Santé
Résultats de l'enquête Activité Physique Adaptée réalisée auprès des patients AC'Santé
Narration de cas de patients
Etudes de cas
Intervention d'un algologue de grande renommé
Collaboration d'un laboratoire pour une logistique had hoc
Reconnaissance des autres projets par les autorités de tutelles, les patients, les autres professionnels (AC'Santé- IC-CARE-TOP)
Communication autour de l'obtention de financement pour l'APA et le parcours de marche
Inauguration du parcours de marche (à venir)
Photos des différentes activités (journées thématiques, formations...)
Film thérapeutique financé par un fond de dotation à la suite d'un appel à projet
Coupures de presse
Supports de communication : brochures, poster, affichage sur les panneaux municipaux
Mises en situation, témoignages de participants

Le SG comme dans l'ETP s'est appuyé sur des « techniques d'animation » afin de permettre l'émission de signaux. Les principales utilisées sont interactives telles les tours de table, et METAPLAN®.

Nous avons procédé à la mise en œuvre de situations ou d'évènements qui donnaient à comprendre l'ouverture offerte par la synergie des acteurs impliqués dans le parcours de soin de la personne âgée. Nous avons alors souvent endossé le rôle de l'acteur de terrain confronté à une problématique et dont le but est d'obtenir un échange sur des moyens ou une façon de résoudre les problèmes similaires et récurrents des personnes âgées, auxquels nous sommes régulièrement confrontés et pour lesquels les recommandations des autorités de tutelles vont dans le sens de la prévention en amont des incidents, la coopération et la coordination de toutes les personnes impliquées (y compris les personnes, leur entourage) afin d'améliorer la qualité des prises en charges. Puis le SG a à ce moment là pris le relais sur des cas qui nous semblaient suffisamment significatifs surprendre les soignants en procédant de manière inhabituelle, suffisamment en tous cas pour leur permettre de démarrer une réflexion...

Tableau 15 Exemples de signaux en fonction du contexte

Contexte	Élément déclenchant : Comment le SG va-t-il procéder à l'émission de signaux?
Phase de démarrage	<p>Objectif généraux du SG :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en évidence des problèmes partagés entre les premiers intervenants du groupe cas de personnes âgées isolées, qui chutent et dont l'organisation du retour à domicile pose problème. - Mise en œuvre de conduites inhabituelles <p>Situation 1 - Le pharmacien (SG) accompagne le médecin à domicile d'une patiente qui avait chuté et qui retournait à domicile avec un nouveau traitement pour la livrer mais aussi proposer un plan de posologie, un suivi de l'observance, une rencontre avec l'aidant pour expliquer les objectifs cliniques du traitement prescrit par le médecin. SG : « <i>dis moi quand tu te rendras chez Mme C. Je viendrai aussi</i> » MG : - <i>ah oui ! c'est super !</i> »</p> <p>Situation 2 - cas d'une personne âgée insuffisance respiratoire. Le mari nous fait part en venant chercher le traitement de la difficulté d'utiliser le dispositif d'inhalation. Nous proposons alors d'accompagner une infirmière afin de tester la prise de l'inhalateur à l'aide d'un dispositif : une chambre d'inhalation.</p> <p>Situation 3 - Nous relayons auprès de l'Aidant les explications du médecin au sujet de la manière dont il devait gérer l'administration d'une contention chimique à une patiente agitée et qui avait tendance à exiger de l'infirmière des durées de traitement trop longues, «<i>merci, elle a enfin compris. Elle m'a dit que tu lui avais dit pareil que moi !</i> »</p> <p>Situation 4 - Nous nous assurons qu'un de nos patients, personne âgée dialysée et insuffisance cardiaque, pour laquelle le CCAS organise un portage de repas, que le type de repas est bien compatible avec la maladie. Nous nous mettons en contact avec l'infirmière et le MG. Nous contactons le CCAS pour que désormais soit mis en œuvre un régime hyposodé.</p>
AC'Santé	<ul style="list-style-type: none"> - Résultat de l'enquête qualité de vie : bien que tous s'attendaient à rencontrer ce problème, le fait de le manifester à travers des chiffres précis et exprimés par des personnes rencontrées lors des ateliers a permis le point de départ de l'expression des difficultés éprouvées par les professionnels. - Réunions préparatoires des ateliers en petit comité ou la forme du contenu de l'intervention passait après le fond. Les professionnels ont ainsi dû travailler sur la façon dont faire émerger les pratiques des participants et non pas sur ce qu'ils devaient faire pour faire bien... Pour mener la réunion de préparation de l'atelier la question était sensiblement la même à chaque fois « <i>quelle histoire, quel exemple auriez vous à raconter au groupe de patient pour qu'il réagisse ? qu'est ce que l'on peut apporter aux personnes âgées dans ce domaine ?, qu'est ce qu'il vous paraît important qu'ils expriment ?, quels problèmes rencontrez-vous dans cette situation quand le patient est mal (ou pas) informé ?, qu'est ce qu'ils doivent à votre avis retenir absolument de la séance ?</i> » Ensuite, nous proposons de trouver un « outil » sur lequel s'appuyer pour 1) faire le point des connaissances du groupe, 2) lui permettre de s'exprimer et de mettre au jour les éléments identifiés comme répondant à l'objectif de la séance. - La forme des ateliers : <i>qui étaient structurés de la même façon, (présentation</i>

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

	<i>des participants et du thème du jour, séance de « réveil articulaire », résumé de la séance précédente, atelier de prévention, conclusion). Au fur et à mesure des séances, nous avons eu le plaisir de découvrir une poétesse parmi nous qui a alors conclu chacun de nos ateliers, mais aussi de nos journées de prévention en suscitant beaucoup d'émotion chez les participants.</i>
Les rencontres formelles	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en évidence de documents montrant l'essor de l'Association : <i>Poster de l'AFDET, film du Crédit Agricole sur l'ACSCV,</i> - invitation d'une patiente pour témoigner d'une difficulté qu'elle rencontre : pour montrer à la mairie la nécessité de nous aider dans l'accompagnement des personnes âgées sur le lieu des réunions nous avons demandé à une des participantes d'AC'Santé, par ailleurs ancienne conseillère municipale d'expliquer cette difficulté. <i>« Vous ne réalisez pas que pour nous, même si on porte encore beau, on ne peut pas marcher jusqu'à l'hôpital. Il faut que vous organisiez quelque chose. Parce qu'on n'a envie pas de venir, mais c'est gênant de tout le temps demander à untel ou untel de nous accompagner et de venir nous chercher »</i>
Les bénéficiaires qui assurent la promotion des ateliers	<p>- Informer leurs soignants : nous avons demandé aux participantes de remettre un courrier à leur MG qui signalait qu'elles participaient au programme. Nous leur avons demandé d'en parler aussi à leurs infirmières. Certains soignants nous ont d'ailleurs fait part de ces retours : <i>« ils ont dit que c'était très enrichissant et surtout qu'on ne les infantilisait pas, on traitait de sujets intéressants et/ ou ils pouvaient ainsi apprendre des choses concernant leur santé »</i></p> <p>En retour un cardiologue nous a même fait un courrier en retour pour nous dire qu'il avait remarqué que sa patiente avait une bien meilleure forme depuis qu'elle assistait aux ateliers et pratiquait une APA.</p>
La communication	<ul style="list-style-type: none"> - Articles dans le BIM, dans le journal du centre hospitalier d'Allauch - Articles dans la Provence - Film du crédit agricole - PPS - Courriers fréquents mais brefs

5.5.2 Sélection des signaux – Interaction –Création de sens

Nous l'avons dit précédemment la validité du construit dépend de la pertinence des observations que nous ferons des signaux sélectionnés par les sensemaker, pour *conduire* le processus de création de sens. Dans notre cas, l'émission des signaux et l'observation des signaux sélectionnés par les acteurs se fait par la même personne, nous avons donc à tenir compte du risque de circularité souligné par (Dumez, 2013) et (Ayache & Dumez, 2011). Pour autant, nous désirons préciser ici la façon dont nous mettons en œuvre le processus que nous déployons et à cette étape comment nous allons retenir que des personnes ont sélectionné des signaux.

A ce stade nous cherchons à entrevoir si les personnes ont « sélectionné » un ou des signaux que nous avons émis, c'est-à-dire si la technique d'animation et les outils que nous avons employés ont joué leur rôle. Nous nous sommes donc attachées :

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

- à relever dans les interventions en réunion ou en groupe, celles qui faisaient échos à un propos émis par le SG ou lors du débat et avaient suscité une réaction (ou une absence de réaction ou d'intérêt) de la part des participants ;
- à porter une attention particulière aux personnes qui n'intervenaient pas (soit parce qu'elles étaient distraites, soit réservées) en posant des questions ouvertes sur des signaux que nous avons émis ou d'autres qui étaient repris ou émis à la suite d'autres interventions.

Exemple : réunion avec les acteurs municipaux

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Notre objectif était de sensibiliser les élus et les employés municipaux présents au fait que nombre de personnes âgées vivant sur Allauch ne peuvent pas se déplacer pour se rendre aux ateliers compte tenu de l'éloignement de leur domicile des voies principales desservies par les bus.

Nous avons introduit la réunion en montrant la reconnaissance (financière et clinique) que nous obtenions des tutelles et d'associations locales bien implantées (Lion's Club des Sablines d'Allauch), donné des chiffres de participation aux réunions.

Pour créer l'équivoque nous avons (Émission de signaux) demandé à une ancienne élue âgée de 88 ans, pionnière du groupe AC'Santé, de venir témoigner de ses difficultés à se rendre au groupe.

Nous avons produit un document qui montrait comment des sociétés publicitaires mettaient gratuitement à la disposition des mairies un véhicule publicitaire leur laissant l'entier choix de l'utilisation.

Débats :

Diverses opinions se sont exprimées : « *le maire ne voudra jamais* », « *c'est une bonne idée* », « *Allauch est une des plus grandes commune de France* », « *de partout c'est pareil, c'est pas parce que l'on est à Allauch, mais à Marseille les vieux ne sortent pas plus...* », « *donne moi le dossier je vais quand même tenter de le faire passer au maire* », « *à l'Entraide ils font souvent du covoiturage* », « *le CCAS emmène les PA faire leurs courses et à leurs rendez-vous médicaux si les PA sont inscrites* », « *le bus des collines peut s'adapter à certains besoins* ».

Nous invitons au développement de ces deux derniers points en demandant comment on pourrait faire alors pour contacter le CCAS ou adapter le bus des collines ? « *je tiens une permanence à la mairie deux fois par semaine, tu n'as qu'à dire à ceux qui ont des problèmes pour venir de me contacter je verrai avec eux comment on peut faire* », « *je vais demander un rendez-vous à Mr B. pour voir comment on peut gérer le problème avec le bus des collines* ».

Nous proposons ensuite un tour de table pour demander aux gens qu'est ce qu'ils pensent de ces deux propositions : « *moi, je ne prendrai pas le bus des collines car la marche est trop haute et on l'attend trop* », « *si on envoie des véhicules du CCAS on pourrait organiser un convoi de plusieurs personnes à la fois* » ; « *il faudra me communiquer les jours et les heures des réunions* »

Nous obtenons un accord et une répartition des tâches qui seront suivies par la coordinatrice.

Nous avons ainsi deux personnes qui ont pu se rendre régulièrement aux activités par le CCAS, plusieurs autres ont participé à un covoiturage qui s'est organisé, trois prennent régulièrement le bus des collines.

Face aux acteurs municipaux, nous avons insisté sur la reconnaissance que les autorités de tutelles, les financeurs d'appels à projet, portaient à ces actions collectives. Nous avons raconté comment se passaient les ateliers, insisté sur le taux de fréquentation et sur la présence de bénévoles issus du tissu associatif d'Allauch. Nous avons tenu compte de la

dimension « contribution / rétribution », (Autissier & Wacheux, 2006 :125 et suivantes). Les auteurs en effet considèrent que la « *considération* » et la « *reconnaissance* » sont parties prenantes de l'opérationnalisation du sensemaking (ie : sentiment d'appartenance à un groupe, sentiment d'appartenir à une équipe reconnue, position suffisamment visible dans le groupe). Il s'agit aussi des « *petits grains* » qui mis bout à bout montrent l'évolution et le succès du projet. Mais ces signaux nous paraissaient également opportuns compte tenu de nos interlocuteurs (municipalité). De plus, nous les avons progressivement intégrés à nos projets. Ainsi c'est la déléguée à la santé de la maire qui a proposé le sujet de la journée thématique de juin.

5.5.3 L'activité

Nous voyons ici, pour les acteurs, une occasion de produire du sens sur ce qu'ils font, à partir d'une activité commune de soin. Nous l'appelons *activité structurante* puisque selon notre hypothèse elle serait à la base d'une « première étape » témoignant cette fois d'un « sens collectif » initial, puisque les personnes y participent⁷⁸. Elle devient ensuite un lieu de « confrontation », une occasion d'échanges, à partir desquels leurs complémentarités vont se combiner pour concourir à l'obtention d'un objectif thérapeutique (au sein des programmes de prévention de la chute, de la douleur, de l'insuffisance cardiaque). Nous émettons l'hypothèse qu'à partir de ces activités de soin les acteurs vont percevoir des informations provenant de l'environnement (grâce aux outils et interactions soignants/soignants- patients/soignants – patients/patients) dont le contenu les amènera à repenser un certain nombre de leurs représentations (les patients revisitent des comportements et les soignants des pratiques) parce que révélatrices d'ambiguïté. Nous avons souligné plus haut l'importance du niveau d'équivocité déclenché par le signal, l'activité structurante est également génératrice d'équivocité. Pour décrire, encoder et analyser le potentiel de l'activité structurante, nous nous appuyons sur le modèle proposé par (Weick, 1979 : 89 et suivantes). L'auteur, à partir des travaux d'(Allport, 1962), de (Wallace, 1961) et de (Kelley, 1968) illustre comment les ensembles d'interactions sont assemblés au sein de processus et comment ces processus constituent l'organisation.

⁷⁸ Quel que soit leur niveau de participation : adressage de patients, participation aux réunions, participation aux ateliers.

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

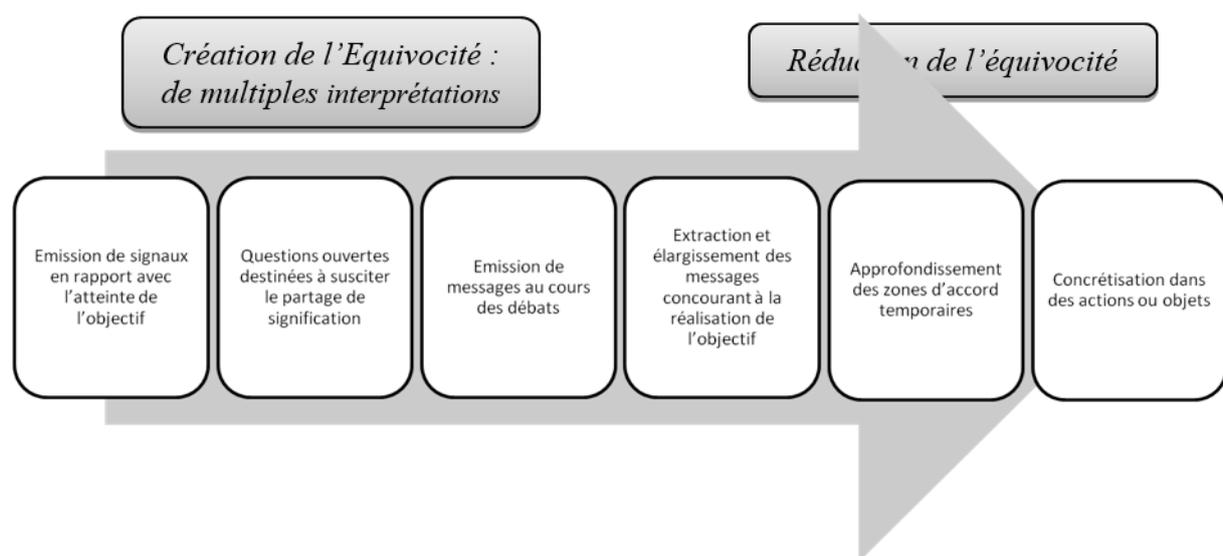
L'activité initie une série d'« *interlocked behaviors* » (comportements inter reliés à l'origine de la formation du groupe (p.90), et il s'agit de sélectionner parmi les règles d'assemblage les cycles qui ont été les moins laborieux, qui ont conduit à des résultats les plus stables, qui ont eu le plus de succès, qui ont nécessité le moins de temps, qui débouchent sur du concret, pour parvenir à une réduction et /ou une stabilisation de l'ambiguïté.

Nous nous rapprochons une nouvelle fois de cette conception de l'ETP. En effet Weick appelle séquence d'un processus le cycle formé par la suite : perception d'un niveau d'équivocité d'une situation – nombre de « règles d'assemblages » utilisées- nombre de cycles d'interactions nécessaires (p.117).

Dans les ateliers d'ETP les soignants procèdent ainsi pour atteindre leur objectif thérapeutique. Ils utilisent, dans une suite de séquences, des techniques d'animation susceptible de faire émerger une remise en question (équivocité) de leurs pratiques aux patients ainsi que des outils et techniques d'animation favorisant l'atteinte progressive de l'objectif visé. Il s'agit de rechercher à la fois la simplicité, l'efficacité et d'offrir un cadre suffisant pour que les patients atteignent la cible établie dans le programme. Le SG utilise ce même principe au cours de toutes les rencontres formelles et informelles : photo-langage, étude de cas, questions ouvertes, METAPLAN[®], brainstorming.

Nous proposons le schéma ci-dessous pour montrer le processus d'équivocité à l'intérieur d'une séquence :

Schéma 10 Gestion de l'équivocité au cours du processus



Le tableau ci-dessous rapporte les différentes étapes de construction d'une réunion douleur.

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Tableau 16 Construction de la réunion douleur

Objectif Général : faire participer les présents à un programme d'ETP sur la douleur chronique			
Séquence (ou cycle selon Weick)	Objectif du SG	Objectif pour les Sensemaker	Technique utilisée
Pourquoi un programme douleur ?	Susciter l'intérêt d'accompagner la personne âgée douloureuse autrement	Remise en question de ses pratiques	Narration (récit d'une tranche de vie douloureuse...)
Choix des thèmes	Faire émerger des thèmes d'ateliers. Question ouverte : SG <i>« Dans ce cas, qu'est ce qu'il faudrait que la personne sache, quels comportements pourraient améliorer son état. Quels conseils auriez-vous envie de lui donner ? »</i>	Exprimer les thèmes prioritaires pour lui. <i>« C'est exactement comme ça que cela commence effectivement. Dès les premiers froids, ensuite c'est l'engrenage, ils ne bougent plus, ne veulent ou ne peuvent plus sortir, dépriment, on s'en aperçoit pas forcément, on se dit c'est normal, c'est l'hiver...Au printemps c'est plus récupérable. Faut absolument les garder dans le mouvement »</i>	Liste de thèmes en miroir avec le récit précédent. Le SG sélectionne les sujets et les inscrit sur le tableau en demandant des précisions <i>« Comment pourrait-on faire pour les garder dans le mouvement justement ? Qu'est ce qu'on pourrait proposer ? »</i> , <i>« Donc pour C. et L. la priorité c'est que la personne ne s'isole pas. Pour A., J. et J il faudrait qu'elle prenne le problème à bras le corps et ait un véritable protocole d'action »...</i>
Formation des binômes	Faire émerger des binômes ou trinômes pour travailler sur la mise en œuvre d'ateliers	Prendre un temps pour réfléchir avec d'autres soignants sur un sujet qui l'intéresse.	Post-it (sur lequel ils notent les thèmes retenus)
Concrétisation	Prendre rendez-vous avec le binôme pour préparer l'atelier A l'issue de la réunion nous avons une liste avec binômes, thèmes retenus et dates		

De plus, nous l'avons dit Weick insiste sur le phénomène de rationalisation de l'action à postériori qui rejoint les thèses de Festinger (Anzieu, 2006 : 186). En effet l'auteur rappelle

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

« qu'à la suite d'une décision, il y a une recherche active d'informations tendant à produire une cognition consonante avec l'action entreprise ; de plus il se produit une augmentation de la confiance dans la décision ou un accroissement de la différence d'attrait entre les deux termes de l'alternative impliquée par le choix, l'un et l'autre phénomène tendant à réduire efficacement la dissonance ».

Un exemple nous permet de remarquer cette affirmation : après avoir travaillé sur la mise en place d'un protocole, un des trois soignants du groupe vient me voir un jour à la pharmacie et me tend un carnet. Ce carnet, remis par un neurologue, permet à une personne migraineuse de suivre et d'adapter son traitement en fonction de l'intensité des crises. Nous avons partagé cette idée lors d'une réunion suivante et le groupe a validé l'intérêt de créer un carnet de suivi de la douleur.

L'activité est aussi bien entendu en grande part constituée par l'intervention au sein des ateliers patients. Le procédé est le même et « agit » à la fois sur les patients et sur les soignants. Nous retenons le rôle crucial des outils 1) pour faire émerger le processus de création de sens ; semer 2) pour le conduire (règles d'assemblages que nous discuterons spécifiquement dans le paragraphe suivant pour le concrétiser).

5.6 Les interactions

Nous les avons observées au cours des quatre réunions de préparation du programme « mieux vivre avec ses douleurs » et de la formation. Nous avons dans un premier temps extrait les interactions en nous reposant sur les douze catégories élaborées par (Bales, 1950), (Fischer, 2010a) afin de mieux cerner les comportements et le contenu empirique des interactions. Nous avons ensuite classé chaque partie du verbatim dans une des quatre catégories suivantes :

- réactions positives (solidarité, détente, accord)
- réponses (suggère, donne une opinion, un témoignage, une expérience)
- questions (demande une orientation, une information, une confirmation, des moyens d'actions possible)
- réactions négatives (désapprobation ou tension)

L'unité d'analyse que nous avons retenue est le thème. Le découpage s'est fait à l'échelle des interventions. Compte tenu de notre difficulté à réaliser le codage de ces réunions et la masse

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

d'informations retranscrites, nous avons, à cette étape, utilisé le logiciel N'VIVO. La liste des catégories de Bales nous a permis d'identifier des « nœuds » dans lesquels nous avons classé des phrases, mots, paragraphes.

Nous présentons dans le tableau ci-dessous pour chacune des catégories, les nœuds que nous avons relevés :

Tableau 17 Extrait de Verbatim

<p>Réactions positives</p>	<p>◆ Approbation : « <i>c'est bien ce que vous faites</i> », « <i>c'est une bonne idée</i> », « <i>ce carnet nous permettra de savoir ce que font les patients quand ils ont mal</i> », « <i>j'en ai parlé à trois personnes qui vont vous contacter</i> », « <i>on ne va pas leur remettre avant le mois de mai</i> », « <i>je suis heureuse de proposer un projet comme ça au maire</i> », « <i>c'est sur que lutter contre l'isolement ça va les améliorer au niveau de la douleur</i> », « <i>quand ils ont mal ils ont tendance à ne plus bouger, le groupe ça va les motiver</i> », « <i>le dossier (présenté à l'ARS) était complet, il y avait tout !</i> », « <i>le carnet va être très utile parce que par exemple, si ils appellent un médecin en urgence, où s'ils vont à l'hôpital, on saura exactement ce qu'il prend et ce qu'il a, on pourra orienter l'interrogatoire et le rendre plus court, ce sera bien pour eux et bien pour nous</i> », parlant de l'APA et du parcours de marche : « <i>ça c'est bien</i> », « <i>ça, ça manque effectivement, car le kiné c'est pas suffisant, selon s'ils sont motivés ou s'ils viennent juste pour discuter, remarque c'est déjà ça !</i> », « <i>je t'ai envoyée une patiente qui habite aux Embus pour le sport, elle t'a appelé ?</i> », « <i>c'est un groupe très sympathique, ils sont nombreux !</i> », « <i>ah, super, c'est un parcours en dur ? avec différents types de textures au sol ?</i> », « <i>un parcours extérieur, génial !</i> »</p> <p>◆ Soutien : « <i>je suis d'une timidité malade alors je ne veux pas intervenir dans les ateliers mais je vais participer en vous adressant des patients</i> », « <i>je vais vous aider</i> », « <i>comment fait-on pour vous adresser des patients</i> »,</p>
<p>Réponses</p>	<p>◆ Précisions sur les partenaires associatifs : Intervention d'un MG qui expliquait aux autres participants, à la suite d'une remarque de l'un d'entre eux le rôle des réseaux partenaires, notamment RESP 13 « <i>ils viennent pour faire un bilan social, ils viennent en plus des personnes qui interviennent, ils aident à remplir des papiers. Ils ne suppriment aucun passage</i> ».</p> <p>◆ Partage d'expériences : « <i>je vois bien quand j'arrive chez la personne si elle va bien ou pas. Si elle a l'habitude de m'attendre debout et que ce jour là elle est assise...</i> », « <i>ce jour là j'ai senti à sa voix au téléphone qu'elle n'était vraiment pas bien, mais sa famille pensait que c'était comme d'habitude et au lieu d'appeler les pompiers, tranquillement ils ont essayé de me joindre... heureusement qu'ils m'ont eu. Elle faisait une péritonite et aurait pu y rester</i> », « <i>quand une personne vient me supplier de lui avancer l'anti-inflammatoire que le médecin prescrit, je suis toujours ennuyée, dans les deux cas cela pose un problème, soit je la laisse repartir avec sa douleur, soit je lui donne un produit sans l'accord</i> »</p>

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

	<p><i>du médecin... », « y'en a qui te disent rien et d'autres qui dramatisent tout de suite, c'est avec le temps que tu sais... », « j'ai une expérience de recherche sur le chemin clinique, je peux vous en parler si vous le souhaitez », « désormais j'associe systématiquement un traitement non médicamenteux à un traitement médicamenteux », « y'a des gens qui te mettent en échec par perversité, avec eux tu sais que ce sera dur, faut te blinder »</i></p> <p>◆ <u>sur l'organisation</u> : <i>« nous avons déplacé le jour car le mercredi beaucoup de patients ont des visites de leur famille (petits enfants... » « les ateliers auront lieu dans cette salle », « pour inclure un patient ce sera le même circuit que pour IC-CARE-TOP »</i></p> <p>◆ <u>sur les pratiques</u> <i>« (au CLUD) nous faisons actuellement un power point, nous pourrons vous le présenter pour vous aider en ville à gérer la douleur de vos patients », « est ce que vous prescrivez des patchs à vos patients souffrants de douleurs non cancéreuses, sachant qu'on n'a pas le remboursement et que ça coûte hyper cher et que la sécu peut se retourner contre nous pour demander le remboursement ? » , « sans évaluation de la douleur la prise en charge est forcément inadaptée », « la douleur de la PA est une fatalité », « comment tu sais s'il comprend l'évaluation, les questions que tu lui poses ? »</i></p> <p>◆ <u>sur les traitements de la douleur</u> : <i>« je leur ai proposé d'utiliser les poches de glace, depuis ils l'utilisent sans arrêt en cas de crise », « il faudrait déjà être sûrs qu'ils prennent ce qu'on leur prescrit », « ils sont capable de prendre n'importe quoi de tout mélanger, les leurs ceux du mari, de la fille... », « ils étaient tous intéressés par les traitements par les plantes... »</i></p>
<p>Questions</p>	<p>◆ Un type de question est revenu très souvent, dans toutes les réunions (pas uniquement celle du groupe douleur, parfois émanant des mêmes personnes. Elles ont nécessité une levée d'ambiguïté quant aux rôles et attributions de l'association. <i>« j'en reviens toujours au même, les autres médecins ne vont pas être contrariés de savoir que nous allons intervenir auprès de leurs patients. Tu sais chacun à ses méthodes et parfois les patients sont rapides pour interpréter un mot et aller dire, nom mais Dr XXX m'a dit de faire ça plutôt... et je les connais les confrères, ça va les énerver » , « Vous dites que RESP 13 intervient à domicile, ils remplacent alors les infirmières du patient ? », « et si le patient veut assister et que son médecin ne veut pas ? », « que se passera-t-il si un patient change d'infirmière ou de médecin parce qu'il aura été dans un atelier d'une autre infirmière ? », « les patients pourront-ils être adressés directement par l'hôpital, sans que le médecin le sache ? », « ils ne vous ont rien dit ceux qui ne participent pas ? », « comment avez-vous recruté les patients ? »</i></p> <p>◆ <u>dirigées vers une profession</u> : <i>« quand vous prescrivez –si besoin- c'est super délicat pour nous, eux ils réclament systématiquement et nous on est en porte à faux, on passe pour les méchantes. On pourrait pas trouver un autre moyen ? », « qui évalue systématiquement la douleur parmi vous ? »,</i></p> <p>◆ <u>d'organisation</u> : <i>« ça commence à quelle heure », « ça dure combien de temps », « moi je ne peux que le mercredi, pourtant j'aurais aimé faire cet atelier, pourquoi on n'a pas gardé le mercredi ? », « je peux quand même</i></p>

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

	<p><i>venir à cet atelier même si ils sont déjà deux, cela m'intéresse pour moi », « les patients hospitalisés pourront-ils y assister ? », « comment cela se passe pour inscrire un patient, c'est eux ? , c'est nous qui l'inscrivons ? », « qui leur dit-on d'appeler pour qu'on vienne les chercher ? », « qui s'occupe de ça à l'ARS ? », « comment font-ils dans les autres réseaux ? », « comment cela se passe ailleurs ? », « y-a-il d'autres associations qui font ça ? », « comment cela va fonctionner le parcours de marche, chacun ira comme dans un jardin, c'est dangereux, non ?, qui va surveiller ? »</i></p> <p>◆ <u>sur les intervenants</u> : <i>« qui donnera les cours d'activité physique adaptée », « comment avez-vous sélectionné le moniteur ? », « l'IDEC a fait le DU douleur ? »</i></p> <p>◆ <u>sur le programme</u> : <i>« j'aimerais bien assister à la séance de sophrologie pour voir ! », « tu as des consultations spécifiques pour la douleur ?, et ça marche ? », «on pourrait faire venir des patients de la maison de retraite ? », « à quoi ça va servir la séance sur les mythes ? », « ça va durer six mois mais après que se passera-t-il pour eux ? », « on va complètement laisser de côté les soins palliatifs, c'est que pour les rhumatismes, c'est hors cancéro c'est ça ? »</i></p>
<p>Réactions négatives</p>	<p>Ces réactions ont été observées lors des deux premières réunions seulement.</p> <p><i>« Le groupe existait déjà avant, pourquoi vous dites que c'est nouveau ? », « à la maison de retraite nous en avons un aussi de parcours de marche, mais il est toujours vide..., au début tout le monde s'est précipité, maintenant personne n'y va ! », « ils sont contents car vous vous occupez d'eux, que vous leur parliez de douleur ou du temps qu'il fait c'est pareil non ? », « je connais personne dans le groupe, j'arrive toujours en retard pour les présentations, c'est dommage », « je ne pense pas que cela plaise à tous les médecins que d'autres interviennent auprès de leurs patients, tu sais les médecins n'aiment pas que l'on fouille dans leur sac à main ! », « les médecins préfèreront que la démarche vienne d'eux et non pas d'une demande spontanée de leurs patients, c'est comme quand c'est le malade qui dit marquez moi ceci ou cela, on a horreur de ça »</i></p>

Au cours des rencontres informelles et formelles nous avons privilégié les échanges conversationnels et lorsqu'un lien menaçait de se délier ou lorsqu'une adhésion paraissait difficile à obtenir, nous avons privilégié les contacts face à face (Weick, 1995), « C'est dans l'interaction en face-à-face davantage que dans les routines, que nous pouvons voir au mieux le cœur du processus d'organizing » (Weick, cité par Giordano, 2006).

Notons qu'un autre type d'interaction s'est produit entre les patients et leurs médecins généralistes et/ou infirmières (hors du CH) et qu'il a contribué à la diffusion des activités du réseau et même à susciter la curiosité des soignants qui sont venus en nombre lors de la soirée de présentation du projet douleur et EPU du 8 octobre 2014.

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Nous présentons ci-dessous, sous forme de tableau, inspiré de (Weick, 1979 : 115) des extraits de comportements inter-reliés relevés au cours de la construction du programme..

Tableau 18 Extraits des comportements inter-reliés

Équivocité	Act	Interact	Double Interact	Type d'influence
A propos de l'Association	Patient : « j'ai besoin d'un certificat médical pour autoriser la pratique d'une activité physique adaptée dans le cadre du canton vert »	MG : « quel type d'activité physique, comment cela se passe-t-il ? »	Patient : « voici les coordonnées de l'IDEC, elle vous expliquera mieux que moi »	Se renseigne, construit une relation
	MG 1: « tu dis qu'ils interviennent à domicile (en parlant de RESP13), mais et les infirmières du patient alors ? »	MG 2 : « non, ils interviennent en plus, pas à la place. Ils aident, ils aident à remplir des papiers, ils aident à la surveillance des paramètres, à l'évaluation de la douleur justement... »	MG1 : « qui les fait intervenir ?, en fait il existe plein d'aides au maintien à domicile, on ne les connaît pas toutes »	Se renseigne, explore, trouve une justification
Questionnement au sujet de l'utilisation des échelles au cours de la réunion de formation: comment évaluez-vous la douleur ?	MG « je n'utilise jamais les échelles à domicile »	Algologue : « on ne peut pas traiter la douleur si on n'évalue pas »	MG : « c'est quelque chose que je fais au cabinet, pourtant... Quand la consultation est spécialement dirigée vers la résolution de ce problème. Mais c'est sûr que je devrais aussi le faire à domicile »	Modifie ses choix
	MG « je vois bien à l'attitude des patients si ça va plus mal que d'habitude »	Algologue : « on a une empathie à la souffrance, mais pas d'empathie à la douleur, pour savoir, il faut mesurer »	MG « je ne suis pas sûre que ça leur parle vraiment de donner une note entre 1 et 10 »	Maintien sa différentiation (rejet) Dans ce cas le SG a proposé une formation qui a été réalisée par le délégué médical du laboratoire MYLAN
	IDEL 1 « je les utilise si le médecin me le demande, dans des	IDEL 2 « moi aussi, je le fais à la demande du médecin »	IDEL 1 « et tout est consigné dans un cahier de liaison »	Uniformité

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

	<i>cas très graves en général et si le patient est sous morphine »</i>			
Questionnement au sujet des traitements non pharmacologiques : « Quoi comment et quand prescrire- quelles sont vos pratiques ? »	<i>Algologue : « Le traitement pharmacologique de la douleur chez les patients âgés devrait toujours s'accompagner de modalités non-pharmacologiques car la combinaison des deux approches semble plus efficace que l'une ou l'autre isolée. »</i>	<i>MG : « oui, mais ce n'est pas évident de proposer à une personne de 80 ans d'aller payer une consultation 60€ chez un acupuncteur ! »</i>	<i>Algologue : « c'est tout l'intérêt de ce type de programme qui leur permettra d'accéder à ce type de traitements sans y être de leur poche »</i>	Modifie un point de vue
Parcours de Marche et APA	<i>SG « nous avons obtenu le financement d'un parcours de marche et d'un éducateur sportif»</i>	<i>MG « Ah oui ça c'est bien, à partir de quand ce sera opérationnel ? »</i>	<i>IC « on démarre le 13/01 avec l'APA et le parcours sera posé au printemps, tu peux d'ores et déjà nous adresser des patients»</i>	Maintien des objectifs

Ainsi, l'analyse des interactions nous permet de nous pencher :

- sur la façon dont le cycle act-interact-double interact influence la suite enaction-selection-retention (maintient, confirme, modifie ses choix ou en envisage de nouveaux) et influera sur la suite du processus.
- Sur la nécessité des échanges pour réduire l'équivocité que nous avons *simplement réveillée et mise en scène* sur la nature, les objectifs, les moyens de l'association.

De fait nous avons été amenées à nous interroger sur l'importance des règles d'assemblages qui ont présidé à l'établissement de ces cycles. Nous discuterons plus loin de l'utilisation de ces procédures et du rôle de l'IC dans la conduite du groupe et dans la poursuite du but.

Tableau 19 Organisation d'une réunion du groupe douleur

Objectif : accompagnement coordonné de la douleur par tous les acteurs (y compris patients et entourage) impliqués	
Equivocité « révélée »	Raison d'être de l'Association de coordination du Canton Vert- Rôles et missions de la coordination
Equivocité	Signaux :

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

« provoquée »	<p>enquête douleur et APA Photos de groupes d'APA Brainstorming : quels problèmes rencontrez-vous dans la gestion de la douleur ? Études de cas Activités : Intervention lors de la journée thématique Réunion d'organisation du programme Réunion de sélection des thèmes à aborder Intervention dans le programme AC'Santé</p>
Règles d'assemblages (utilisées pour traiter l'information et sélectionner les cycles d'interactions pertinents) (Vidaillet 2003, p180)	<p>Utiliser des outils permettant d'acter certains faits (paper-board, flyers...) Reformuler Exposés et formation (objectifs du réseau, échelles d'évaluations) Communication (rapports de réunions, annonces de l'évolution du programme...)</p>
Résultats observés des cycles act-interact-double interact	<p>Ouverture (sur de nouvelles pratiques, sur le réseau) Maintien (d'un objectif ou d'une position) Abandon (d'une pratique, d'une idée) Uniformité /conformité/Adhésion Rejet (maintien d'une ancienne position)</p>

5.6.1 Construction du sens

Nous avons acté précédemment que l'adhésion du professionnel à l'activité de prévention pour le maintien de l'autonomie (AC'Santé Allauch) révèle un *sens premier* qui conduit le professionnel à intervenir au sein du programme et par suite, dans les autres activités proposées (Insuffisance cardiaque, projet douleur).

Nous tentons de comprendre ici comment à partir des signaux émis par le SG (par exemple le message délivré par l'enquête qualité de vie qui signale que la douleur est perçue comme le principal facteur de nuisance à la qualité de vie des personnes âgées inscrites dans l'association), signaux qui ont déclenché des cycles act-interact-double interact encadrés par des procédures et outils pertinents appelés « *règles d'assemblages* », les acteurs en présence ont partagé des représentations de la situation. Nous montrerons quelles représentations ont été partagées dans diverses activités.

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Tableau 20 Processus ESR

	Activation	Sélection	Rétention
(Weick, 1979, p.45)			
Création d'une situation d'incertitude : la douleur est-elle suffisamment prise en charge ?	<p>Les acteurs vont réagir en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perception/Représentation du problème - Cadre de références/expériences/croyances <p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - se donner une représentation de la situation - réduire l'incertitude <p>Conséquences : les acteurs envisagent un réaménagement de la situation.</p>	<p>La sélection s'opère à partir des diverses interprétations de la situation. (Autissier, Vandangeon, & Vas, 2010),(Autissier, 2001)</p> <ul style="list-style-type: none"> - diverses interprétations - équivocité - interactions - phases d'accords temporaires 	<p>La rétention représente ce qui à été retenu du processus de création de sens et produit ce que Weick appelle des environnements enactés. (Weick, 1979, p.131). Les segments d'expérience produits (Koenig, 1996) seront disponibles pour être utilisés dans l'interprétation de nouvelles situations.</p>
Règles <i>Cycles de compréhension conditionnés par des règles</i> (Autissier, 2001)	<p>Règle 1 : faire émerger les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de la douleur par les soignants</p> <p>Règle 2 : faire émerger les besoins des patients et la complémentarité des professionnels dans la prise en charge</p> <p>Règle 3 : envisager les obstacles liés à la prise en charge de la douleur pour les patients</p>	<p>Règle 1 : valoriser les point d'accords temporaires</p> <p>Règle 2 : valoriser les expertises et les engagements volontaires</p>	<p>Règle 1 : répartir les soignants en fonction des ateliers sélectionnés</p> <p>Règle 2 : jouer sur la complémentarité des expertises au sein des ateliers</p>
Cycles	<p>Cycle 1 : compréhension de l'intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire pour les patients</p> <p>Cycle 2 : compréhension des cibles d'intervention</p>	<p>Cycle 1 : (cycle d'argumentation) Explication de l'intérêt d'associer traitement & programme ETP</p> <p>Cycle 2 : développement de l'Axe activité physique adaptée</p>	<p>Cycle 1 : organisation des ateliers du programme</p> <p>Cycle 2 : intervention dans le programme (nouvelle activité structurante pour le careholder)</p>

5.6.1.1 *Les zones d'équivalence mutuelles*

Revenant à notre question de recherche « *en quoi consiste le processus de création de sens à la base du holder* » et compte tenu des apports théoriques retenus, nous montrons dans le tableau ci-dessous : 1) comment nous avons sélectionné des *inputs* et orienté le processus de construction de sens permettant aux acteurs de créer des connections entre les objectifs de l'association et les leurs ; 2) comment et par quels moyens nous avons interagi sur le processus ESR et, 3) comment a fonctionné le développement d'un système d'actions collectives coordonnées au sein du programme douleur.

Deux autres exemples frappants des zones d'équivalences mutuelles résident dans la mise en œuvre d'une coopération entre la direction générale des soins du CH d'Allauch, qui dans son projet de soin avait inclus comme priorité l'Éducation Thérapeutique et qui va bénéficier des programmes que nous avons déjà construits et former et mettre à disposition des soignants des temps pour intervenir dans nos programmes.

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Schéma 11 Exemple de zones d'équivalences mutuelles adapté de Weick (1979 :98) et de Allard-Poesi (2003 :95)

Objectif de l'Association de coordination :

Coordination des soins ville-hôpital
: par exemple : faire en sorte que les acteurs hospitaliers pensent à solliciter la coord du Maintien à Dom lors des sorties patients en RCP par exemple

Objectifs de la coordination des soins du centre hospitalier :

Relation avec les libéraux

Développer l'ETP sur le CH (en conformité avec les orientations tutélaires)

A1 Acte Instrumental :
construction de programmes
d'ETP

A 2 Acte consommatoire :
obtenir la participation de
professionnels dans la
coordination des soins



B 1 Acte instrumental : mise à
disposition des soignants pour
les ateliers, programmes...

B 2 Acte consommatoire :
participation aux programmes
dans le cadre du projet
d'établissement

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER



Mme Félicia FERRERA
Réseau Canton Vert

DIRECTION

N/Réf. : RS/NJ/mo/DIR/2015.008

Dossier suivi par :
Sophie LEON, Coordinatrice Générale des soins
☎ 04.91.10.46.19 – 📠 : 04.91.10.47.46
✉ s.leon@ch-allauch.fr

Objet : Participation au projet d'ETP

Madame,

Je soussignée, Sophie LEON Coordonnatrice Générale des Soins certifie qu'une formation sur l'Education Thérapeutique (ETP) dispensée par l'organisme « EduSanté (cf. programme) aura lieu les 29 et 30 janvier 2015 sur le Centre Hospitalier d'Allauch.

L'établissement s'engage dans son projet de soins 2014-2018 à développer des savoirs faire en éducation thérapeutique.

Les professionnels participants au programme d'ETP piloté par le Réseau du Canton Vert sont inscrits en priorité dans cette formation.

Je vous prie de croire, Madame, à l'expression de mes meilleurs sentiments

La Coordinatrice des Soins

Sophie LEON

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Ici, bien sûr nous débordons du simple cadre de la douleur pour toucher la finalité des acteurs et nous confirmons que bien qu'elles soient différentes, l'ETP est un moyen de rencontre des projets respectifs.

Dans le cadre du groupe douleur, nous remarquons le même schéma.

Récemment, l'accord⁷⁹ conclu avec l'AFP^{ric} a montré une nouvelle fois que, bien que des objectifs soient différents, des zones d'équivalences mutuelles, où l'on voit que l'intérêt des acteurs à coopérer est manifeste pour chacun, ils permettent la mise en œuvre de coopérations (Ateliers d'ETP, d'APA, ou journées thématiques).

Objectif de l'Association de coordination :

Coordination des soins ville-hôpital :
par exemple : faire en sorte que les acteurs hospitaliers pensent à solliciter la coord du Maintien à Dom lors des sorties patients en RCP par

A1 Acte Instrumental :
construction de programmes d'ETP

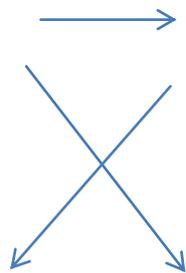
A 2 Acte consommatoire :
obtenir la participation de professionnels dans la coordination des soins

Objectifs du MG :

Permettre aux patients de pratiquer une APA.

B 1 Acte instrumental : mise à adressage de patients au groupe APA

B 2 Acte consommatoire : permet à ses patients de pratiquer une APA



5.6.1.2 L'action

Nous avons abordé précédemment le rapport d'influences réciproques qu'entretiennent pensée et action (Koenig, 2003 : 30). Bien que Weick ait à la fois soulevé des conséquences positives et négatives de la circularité pensée-action, nous les reprenons ici pour observer les

⁷⁹ Nous organisons avec l'AFP ric le salon annuel pour la journée nationale de la polyarthrite sur le CH d'Allauch. Il ont ainsi un lieu pour réaliser la première édition des Bouches du Rhône et cela nous permet de diffuser, lors d'une intervention, notre programme d'ETP "Mieux Vivre avec ses douleurs" auprès d'un autre public : les patients atteints de polyarthrite et autres rhumatismes inflammatoires.

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

conséquences de l'implication des acteurs au sein du CareHolder. Nous avons discerné deux attributs pour l'action : le premier a trait à l'engagement des participants (l'action infirme-t-elle ou confirme-t-elle l'engagement des participants ?), le second a trait aux modifications engendrées par l'action tant au niveau des pratiques que de leurs impact sur l'environnement. Suite à notre analyse N'VIVO des verbatim nous les avons regroupés dans des sous catégories :

Tableau 21 L'engagement.

Engagement : l'action confirme-t-elle ou infirme-t-elle l'engagement des participants ?	
Implication	<i>« je ne pourrai pas être là le 23, je suis à Paris, mais les autres fois, il faudra quand même que je sois présent, que je passe », « Mme Z. va vous contacter pour le programme ... », « je n'ai pas tellement de patients âgés dans ma clientèle mais laissez moi une affiche et des prospectus pour leurs parents éventuellement ». « je n'interviendrai pas car je n'aime pas parler en public mais je te propose de te mettre en contact avec l'ergothérapeute avec lequel je travaille. Je veux bien faire les connexions », « nous avons décidé de mettre à l'honneur trois associations locales, nous viendrons le 22 janvier filmer un atelier et on vous demandera de préparer un petit discours de présentation de l'association pour les administrateurs qui voteront quelle association remportera le 1^{er}, le 2^{ème}, le 3^{ème} prix, car il n'y a pas de perdants chez nous ! »</i>
Indices retenus	<i>« maintenant, chaque fois, je pense que quand j'aurais le carnet ce sera plus facile de faire la liaison au médecin. Le carnet ne servira pas qu'aux patients ?, on pourra s'en servir pour des patients en soins palliatifs aussi ? », « j'ai une personne qui a chuté, je te l'ai envoyée pour qu'elle vienne suivre les cours de gym avec vous » « ils participent énormément et ils sont calés ! », « j'ai des patients de moins de 75 ans, que peut-on faire pour eux ?, on peut les envoyer quand même ? »</i>
Adaptation	<i>« je n'avais pas pu imprimer les supports que tu nous avais envoyé, alors j'ai apporté des photos que j'avais sous la main, mais en conservant les thèmes qui étaient à évoquer »</i>
Justification	<i>« ils ont adoré le cours de Gym. Mr et Mme S. ont retrouvé le goût de sortir. Ils ne parlent plus que du réseau, ils ne parlent plus de douleur...Ils veulent aussi venir à IC-CARE-TOP !!! » « De les voir aussi intéressés lors du salon du bien vieillir, tu te dis qu'on fait quelque chose d'utilité publique ! », « Elle était presque contente quand elle est rentrée sur le CH, je crois qu'elle va même écrire une lettre au Directeur pour dire que tout était bien, le personnel, les repas, la chambre ! »</i>
Modifications de pratiques	
Ouverture	<i>« Je viens d'utiliser la réglette que nous a donnée le labo. Je vais noter l'évolution à partir d'aujourd'hui, c'est vrai que</i>

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

	<i>c'est bien », « nous avons inscrit une diététicienne à la formation », « comment puis-je me former à l'ETP ? »,</i>
Coordination des expertises	<i>« je voudrais assister à cet atelier aussi, pour moi », « c'est intéressant, je ne le savais pas... », « ça fonctionnait déjà pas mal entre le SSIAD et nous, mais c'est bien si on peut le faire aussi avec vous, c'est sécurisant », « moi ce que je voudrais c'est qu'on me dise si le patient prend bien le traitement que je lui prescris », « quand on note si besoin les patients exigent qu'on leur donne tous les jours... »</i>
Rétention (alimentation de nouveaux cadres)	<i>« on sait que les patients vont pouvoir à la fois se retrouver dans une bonne ambiance et vont bouger aussi »</i>

Nous avons vu essentiellement dans les grandes zones d'accords temporaires : la nécessité de coopérer pour mettre nos diverses compétences au service de l'accompagnement de la douleur chronique de la PA, l'utilité de proposer une structure qui donne aux PA l'envie de pratiquer une activité physique adaptée, l'importance du lien social qui s'est développé autour de ces activités d'ETP.

La coordination des soins à domicile est actuellement en passe de devenir une nouvelle zone d'accord temporaire mais nous devons encore procéder à l'émission de signaux. En effet dans la phase 1 (amorcer) nous avons pu partager des cas avec des médecins et des soignants. Nous avons alors choisi les points à mettre en évidence dans un effort de communication très important de la part de l'IDEC (nombreux appels, comptes rendus...). Une partie de ce que l'on apportait aux PA a été comprise (coordination médico-sociale) aussi bien de la part des médecins qui ont trouvé dans la coordination sociale un sujet de soulagement de leur tâche, que pour les travailleurs sociaux qui ont fait appel à nous par exemple lorsqu'ils avaient des difficultés à communiquer ou à résoudre des situations avec le médecin généraliste. En revanche, il apparaît que l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) n'est pas comprise ni des uns « *pourquoi faites vous intervenir un autre médecin ?* », « *le Médecin coordinateur n'a pas la capacité de gériatrie* », ni des autres « *c'est le Médecin du Conseil Général qui de toute façon attribue le GIR⁸⁰* ».

Un nouvel appel à projet d'ETP pour les personnes atteintes de cancer va nous donner certainement la possibilité de « *signaler* » l'importance de l'EGS. En effet, l'oncologie besoin des informations de la gériatrie pour mieux prendre en charge le patient âgé atteint de

⁸⁰ Une petite partie de l'EGS consiste à classer le patient dans un « Groupe Iso Ressource » qui est fonction de son niveau de dépendance aux aides extérieures.

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

cancer. L'EGS permet dans ce cas d'éviter ou de prévenir les conséquences de traitements invasifs ou agressifs (immobilisation prolongée, dénutrition...) mais aussi l'arbitrage entre les traitements (curatifs, palliatifs) et éviter les deux risques actuels auxquels peuvent être confrontées les PA atteintes de cancer (sous traitement, ou acharnement thérapeutique). Lorsque nous présenterons les ateliers d'ETP aux membres de l'Association nous aurons en tête de mettre en évidence les bénéfices de l'EGS.

Un autre type de signaux émis par le SG a pour vocation de permettre aux acteurs de « *prendre place* » au sein du projet. Nous posons des questions du type « *quel type d'atelier parmi la liste jointe (signaux) pensez-vous qu'il soit nécessaire de mettre dans le programme ?, quelles compétences devons nous mobiliser ?, Comment procéderiez-vous pour atteindre l'objectif thérapeutique (nous fournissons une liste d'outils) »* ; Nous avons ainsi constitué la plupart des binômes permettant l'animation des ateliers. Au fil des programmes certains se sont ainsi installés dans un rôle de « référents ». Nous avons procédé de la même manière avec la partie « *administrative* » et « *logistique* ».

Nous retenons ici que l'activité commune de soin, créatrice de changement écologique, a eu un effet à la fois sur l'engagement des acteurs et sur la modification de certaines de leurs pratiques (recours à l'utilisation d'outils validés en commun, pratique collaborative).

5.7 La création collective de sens au prisme du sensegiver

5.7.1 Sensemaking et sensegiving : entre croyances et actions

5.7.1.1 D'une compréhension sur le terrain...

Lors de la deuxième phase de notre recherche, notre objectif était triple :

- 1) comprendre ce que les professionnels pouvaient attendre d'une coopération,
- 2) comprendre pourquoi ils n'avaient pas ou peu sollicité le réseau précédemment et,
- 3) laisser émerger des idées et voir comment elles seraient reçues.

Le tableau ci-dessous met en lumière quelques réflexions sur la façon dont était perçu ce type de projet et comment nous avons, perçu les messages au sein de l'équipe de coordination, puis comment nous les avons interprétés.

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Tableau22 Récapitulation des principales interactions

Émetteur de la réflexion	Nature de la réflexion	Traduction par l'équipe de coordination	Action mise en place
MG	« <i>Vous touchez combien pour faire cela ?</i> »	On utilise de l'argent public, à nous de montrer que l'on a une utilité...	Nous mettons en valeur les Activités AC'Santé en faveur du bien être des patients...
MG	« <i>Vous ne pensez pas que si l'on intervient auprès des patients de d'autres MG cela va les contrarier</i> »	Risque de réveiller des conflits d'intérêts...	Nous avons fait signer une charte du réseau et expliquons que tous les médecins sont invités à participer
MG	A la suite de l'envoi d'un compte rendu de visite : « <i>tout ce que vous proposez, je l'ai déjà maintes fois proposé sans succès...</i> »	Sur ce cas de patient nous n'avons pas su mettre en valeur l'utilité de la structure de coordination...	Avant de systématiser la coordination du MAD dans les cas difficiles, nous valoriserons notre valeur ajoutée dans l'accompagnement, la prévention, la mise en lien avec d'autres réseaux (Aide aux Aidants...)
MG	« <i>Mais vous faites quoi dans ces réunions ? Ils me disent qu'ils apprennent pleins de trucs et qu'ils aiment l'ambiance...</i> »	Ne pas être considéré simplement comme un club du troisième âge	Diffuser des documents précis concernant nos activités.
PH	Nous expliquons que nous relançons le groupe douleur : « <i>eh bien c'est pareil qu'avant ?</i> », « <i>qu'est ce qui change ?, vous faites comme avant du maintien à domicile et le groupe douleur, vous avez repris l'activité quoi !</i> »	Ils ne faisaient pas appel au réseau avant... Nous avons intérêt à les mobiliser autrement !	En participant aux activités, les praticiens ainsi sollicités se sont rendus compte de la différence.
CCAS	« <i>Nous nous organisons pour tout mettre en place avec le MG. Nous avons des aides ménagères que nous formons, nous avons même des dames de compagnie... . Nous avons signé une convention avec votre réseau, mais on n'a jamais compris qu'est ce que vous faisiez de plus que nous</i> »	Ils n'ont pas besoin de nous et veulent garder la main sur le maintien à domicile	Nous leur proposons de travailler sur des cas précis. Nous précisons qu'il s'agit d'une coordination médicale en rapport avec le MG. Nous expliquons les activités de soin (ETP à l'époque et nous les reverrons pour expliquer le but de l'Évaluation Gériatrique Standardisée)
AS du CH Laveran	« <i>c'est toujours pareil avec les réseaux on signale et on a aucun retour</i> ».	Cette remarque a été entendue de multiples fois, de tous les professionnels mais également de la part de patients dans	Mise en place d'une procédure de retour d'information

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

		des réseaux ou ont leur demandait de conclure une alliance sur des objectifs mais aucun retour ne leur était demandé par la suite...	
--	--	--	--

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Puis, au fur et à mesure du déploiement du réseau les verbatim montrent une évolution dans la perception de nos activités. Ainsi différents échanges ont mis en évidence :

- Que les patients ont parlé à leurs médecins de ces réunions, ce qui a attiré un bon nombre de médecins lors de la soirée. Un médecin, que nous connaissions peu, nous a interpellé en nous disant « *je suis venu par curiosité pour savoir ce que c'était ce fameux réseau !* », une autre nous a dit « *j'avais une autre soirée ce soir là, mais je l'ai annulée pour dire à mes patientes que moi aussi, je participais aux activités du réseau* ».
- Que les interventions en rapport avec 1) le lien social, 2) l'Activité Physique Adapté sont très importantes à leurs yeux.
- Que les liens tissés avec les partenaires du réseau (Associations d'Aide Aux Aidants, RESP13, associations de patients AFP Ric⁸¹ ...) représentent une valeur ajoutée pour les médecins.

5.7.1.2 ...A la mise en œuvre de l'action collective

Environnement, individualités, comportements inter-reliés représentent donc les différents pôles à articuler, entre diffusion de sens (sensegiver) et construction de sens (sensemaker), entre sens (vocabulaires) et structures (règles, procédures d'assemblages).

Dans le paradigme Weickien, dans ce flux expérientiel où règnent de multiples réalités, le sensemaking représente un effort d'harmonisation entre croyances et actions pour une implication sociale acceptable. (Weick, 2005: 135) dégage "*four ways in which people impose frames on ongoing flows and link frames with cues in the interest of meaning*".⁸² Le sensemaking est alors vu sous l'angle d'une dialectique entre influences internes (propres à l'individu) et externes (sociales) et peut prendre place dans les croyances et/ou dans l'action. Les interactions peuvent s'orienter 1) autour de la confrontation de points de vues ou la confirmation ou l'infirmité d'attentes implicites (belief-driven) ou 2) en se focalisant sur l'engagement dans l'action ou en influençant la perception de l'environnement (action-driven).

⁸¹ Association Française des Rhumatismes Inflammatoires Chroniques dont le 1^{er} salon départemental se déroulera la veille du Salon du Bien Vieillir le 24 septembre 2015, sur le Centre Hospitalier d'Allauch.

⁸² Traduction libre

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Nous résumons les différentes caractéristiques de ces deux axes définis par (Weick, 1995 : § 6 & 7) dans le tableau ci-dessous :

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Tableau 23 Le sensemaking : processus axé sur la croyance, processus axé sur l'action (adapté de Weick 1995 :133-162)

<p>Four ways in which people impose frames on ongoing flows and link frames with cues in the interest of meaning. <i>Le processus de sensemaking peut prendre forme dans une de ces quatre dimensions. Il représente un effort d'harmonisation entre croyances et actions pour une implication sociale acceptable.</i></p>		
<p>Belief-driven Processes of sensemaking - "Enlargement of small cues" p.133 "to flesh out hunches""Search for contexts within which small details fit together and make sense" p.133 "In matters of sensemaking, believing is seeing" Croyances à la source des prophéties auto-réalisatrices Grande variété dans les croyances (de ce qui est aperçu et prévu)</p>		
<p>Ordonner les interactions autour 1) des diverses croyances 2) des diverses attentes</p>		
<p>Action-Driven Processes of sensemaking</p>	<p>Expecting</p>	<p>Arguing (effort to reduce the variety in beliefs)</p>
	<p>"Les attentes des gens deviennent mieux articulées, plus fortes , et sont potentiellement capables d'être une force puissante pour conduire à leur propre validation". (p.134) Les attentes implicites affectent les interprétations et les attitudes envers les évènements (dont les prophéties auto-réalisatrices) « when a cue is connected on an expectancy a unit of meaning is formed (p.146) « strong filters » : filtrent les inputs (et donc peuvent être source d'erreur) Peuvent être auto-corrigés. Leur activation en début de processus permet de confirmer un comportement.</p>	<p>Ne se fait pas dans la précipitation mais à des moments particuliers, dans des endroits spécifiques. Elle est orientée vers un public choisi dans un but précis. p136 « <i>people can use arguments and argue their way to sense only when the world is relatively stable and reasons can be expected to hold true for the future</i> ». p153 Lors des débats – confrontations que nous provoquons, argumenter conduit à créer un discours et donc à réviser les raisons qui motivent ce discours. Argument a un sens individuel (raisonnement) ou un sens social (confrontation). Le raisonnement est incorporé dans la controverse sociale : cette maxime est le véhicule du sensemaking.</p>
	<p>Engagement (p.156) (focused on single action) « <i>Ce n'est pas parce qu'une chose est belle que nous la choisissons, c'est parce que nous la choisissons qu'elle est belle</i> » SPINOZA Cunning (ruse, astuce)</p>	<p>Manipulation (« focused on multiple simultaneous actions ») Boldness (audace, hardiesse)</p>

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

<p>Le sens est construit à partir du raisonnement. L'attitude est irrévocable. Il est plus difficile de changer le comportement que les croyances à propos d'un comportement. Nous avons déjà cité Piaget pour qui il est plus facile de mettre en place de nouveaux comportements que de modifier les anciens.... « <i>binding decisions affect the tasks we are attracted to, the reasons that move us, the value we try to realize, the plans we admire, and the people we seek out</i> » (p.160) A partir de l'engagement les croyances sont mobilisées pour justifier l'acte (prophéties auto-réalisatrices). Les croyances justifient l'action - L'engagement confirme l'action « <i>Several factors are responsible for binding a person to an action: binding occurs when there is a clear evidence that the act occurred (explicit), when people saw the act occur (public), when the act cannot be undone (irrevocable), (p.157). Volitional (prise de decisions+++)</i> » « <i>Committed sensmaking is source of order and value. p159. Commitment transforms under organized perceptions into a more orderly pattern. Choosing to act changes what a person knows</i> »</p> <p>Les conséquences de l'engagement sont motivationnelles. Elles portent sur la construction de la réalité, « <i>Comittement has motivational consequences and also has epistemological consequences</i> », sur la formation et la persistance du raisonnement.</p>	<p>Le sens est construit à partir de l'environnement (débat, informations...).</p> <p>Le sensemaker est-il passif ?</p> <p>Invention de l'environnement : la question va au-delà de qu'est ce qui se passe ici ? (p.163) « <i>the inventor (les sensemakers) have to put something there, or consolidate what is there, or poke around to see what might be there, or orchestrate some kind of agreement about what is there. All of this placing, consolidating, poking and recruiting is action in the world.</i> (...) <i>Thus, an environment is just as likely to accommodate to an action as an action is likely to accommodate to an environment.</i> » (p.163) »</p> <p>En influençant l'environnement on affecte le flux des ressources et des besoins de l'environnement...</p> <p>Nous retrouvons ici l'exemple du propriétaire du coffee shop qui a su créer une situation significative et un environnement pour l'action p167</p>
---	---

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Nous avons vu que le processus de création de sens visait la transformation d'un flux expérientiel où s'affrontent de multiples interprétations en un monde intelligible. Nous avons vu que les croyances sont des cadres pour l'action. Nous avons émis l'hypothèse que le sens se construit pendant l'action et que la création collective de sens pouvait être à l'origine de l'action collective. Nous avons vu que le sensegiver intervenait créant les conditions du démarrage du processus puis en *influençant* l'interprétation des acteurs en privilégiant la compréhension et la diffusion d'une « vision » du monde.

Nous allons dans un premier temps exposer quel a été le rôle du SG, nous en déduisons alors un parallèle entre les méthodes employées dans le dispositif pluridisciplinaire, à destination des patients atteints de maladies chroniques et inscrits dans la loi Hôpital Patients Santé Territoire. Ceci nous permettra de justifier son utilisation comme outil managérial dans la mise en œuvre d'un processus de sensemaking et de sensegiving.

6 De la construction du CareHolder à sa reconnaissance institutionnelle. Quelle légitimité pour le CareHolder ?

Nous avons *vécu* une belle expérience, aussi enrichissante à la fois sur les plans intellectuels, personnels et professionnels. Les résultats obtenus laisseraient penser à un déroulement fluide, un enchaînement régulier d'opportunités. Ce que nous avons donné à lire ne tient pas compte des quelques blocages que nous avons du lever au fur et à mesure. La plupart des écueils que nous avons rencontrés ont été surmontés (ceux qui dépendaient directement de notre action).

Cependant, la principale difficulté à laquelle nous nous sommes heurtés, sur laquelle nous n'avons aucune prise et qui, aujourd'hui, est en passe de freiner considérablement le déploiement du CareHolder, concerne la reconnaissance de notre action par la gouvernance des réseaux gérontologiques. Notre positionnement leur apparaît difficile à trouver. Les actions que nous menons les plongent dans un paradoxe. Est-on une association qui œuvre à une action locale en faveur des personnes âgées ? Dans ce cas, cela pose la question de l'implication de l'IDEC à nos côtés. Quelle légitimité avons-nous pour mettre en œuvre avec succès des parcours de santé pour les personnes âgées, réunir la diversité au profit de la coopération, recevoir des fonds pour ces activités ? En effet, nous avons essentiellement réuni et mis en œuvre des actions qui sortent des schémas habituels de fonctionnement, tant au niveau des professionnels (formations...) qu'au niveau des patients (activités régulières d'éducation en santé, film...) et de fait nous sommes devenues des acteurs atypiques qui s'inscrivent dans un projet de parcours défendu par la politique de santé, mais en revanche ne possédant aucune légitimité pour les déployer.

Alors que nos initiatives locales correspondent à l'*esprit* des objectifs (ie de la loi HPST), elles font intervenir des acteurs qui ne sont pas légitimes (une thésarde professionnelle de santé, des bénévoles...) et leurs actions originales mais utiles à la population n'ont fait l'objet d'attention de la part d'une gouvernance qu'à partir du moment où nous avons « gêné » par notre fonctionnement atypique l'uniformisation de la fonction maintien à domicile.

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Alors pourtant que les débats sur les parcours ont largement animé les acteurs de notre territoire, nous n'avons jamais été sollicitées en tant que porteur d'un projet concret de parcours santé ville-hôpital ! En revanche, nous avons été invitées en tant que représentant syndical de la profession de pharmacien à des réflexions menées sur le sujet...

Pour les « journées du bien-être » que nous avons organisées les 24 et 25 septembre et pour lesquelles nous avons pris soin d'inviter nos tutelles très en amont, pour lesquelles nous avons obtenu une annonce dans le journal La Provence, qui ont accueilli près de trois cent personnes sur deux jours, de nombreux élus municipaux mais aussi du département, des Professeurs de Médecine... nous n'avons eu aucun signe de nos tutelles, qui pourtant s'intéressent au sujet, comme le montre une réflexion théorique engagée par eux depuis maintenant plusieurs années !

L'encadré ci-dessous est extrait d'un mail émis par l'administrateur des réseaux gérontologiques Marseillais conviant à une réunion à la suite d'une grande enquête lancée par l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance). Nous y avons été conviées et y avons assisté par le biais de notre implication professionnelle et syndicale. Pas dans le cadre du CareHolder. Aussi, nous nous contenterons de constater que le CareHolder pourrait apporter une « illustration » aux questions posées dans l'extrait du mail ci-dessous et poser la question de la reconnaissance par les tutelles d'initiatives locales quand les acteurs ne sont pas légitimes, parce que considérés comme acteurs de terrain...

Compte rendu d'une réflexion organisée sur le parcours de la personne âgée
'Extraite d'un mail envoyé aux présents' (et que nous avons reçu en tant que représentant la profession de pharmacien).

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Bonjour à tous,

Nous vous remercions vivement d'avoir participé au séminaire organisé le 8 juillet à Marseille autour de la prise en charge de la personne âgée.

Ce séminaire s'inscrit dans le cadre du projet d'amélioration du parcours de la personne âgée initié par le l'Agence Régionale de Santé (ARS), la DRSM, l'AP-HM, l'HIA Laveran, le Centre Gérontologique Départemental, le GCS Parcours Gérontologique de l'Agglomération Marseillaise, l'Association Marseille Diabète-Santé Croisée et l'Association ILHUP, avec l'appui de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) et fait suite à l'enquête à laquelle plus de 520 professionnels de la prise en charge de la personnes âgée du territoire de Marseille ont répondu.

Comme convenu, vous trouverez ci-joint le support présenté concernant les résultats de l'enquête.

Le séminaire a également été l'occasion d'échanger en atelier autour de quatre thèmes :

- Qui peut vous aider : Lisibilité de l'offre (clarifier les missions des différents acteurs, Améliorer la connaissance des dispositifs existants pour les professionnels et la population, proposer des solutions simples (numéro unique, Service Public d'Information en Santé,...),...)

- Comment assurer la continuité informationnelle : Échanges d'information entre professionnel (Bilan des outils existants, des principales problématiques, Enjeux des systèmes d'informations, mise en place de plate-forme d'échange d'informations entre professionnels, ...)

- Comment assurer la continuité d'approche – anticipation des situations d'urgences (Renforcer la sécurisation des patients en risque de perte d'autonomie via un dispositif « fragilité » dans l'objectif d'éviter une hospitalisation via les urgences)

- Organiser les services d'appui aux bénéficiaires des professionnels : Positionnement d'une plateforme de services d'appui (Réponse à des besoins ponctuels : appui technique, expertise à domicile, Réponse à des besoins sur le Moyen-Long terme : aide au suivi, Sortie d'hospitalisation (maîtrise de la DMS), 1er recours (information liée à l'hospitalisation, tel SOS, social,...)

Quatre groupes de travail seront constitués portant sur ces quatre thèmes avec pour mission de construire un plan d'action concret et opérationnel à mettre en œuvre sur le territoire de Marseille dans les douze prochains mois. Les feuilles de routes travaillées pendant le séminaire vous seront transmises d'ici fin Septembre.

Par ailleurs, nous vous proposons de vous rendre compte de l'avancement des travaux de ces groupes à l'occasion d'un séminaire prévu fin 2015.

Enfin, si vous souhaitez nous transmettre vos remarques concernant l'organisation et le contenu du séminaire du 1er juillet, un questionnaire de satisfaction (cinq minutes de remplissage) est disponible jusqu'au 30 Aout.

Cordialement,

L'équipe de l'ANAP.

7 Le CareHolder à septembre 2015

A ce jour, l'équipe de départ s'est considérablement étoffée⁸³, les patients, les personnes âgées sont intégrées à la gouvernance du CareHolder. Ce dernier s'appuie solidement sur deux piliers qui sont le lien social et la prévention, autour desquels gravitent les professionnels, les bénéficiaires, les associations, les institutions. Les acteurs sont en liens régulièrement pour des activités de soin et non plus pour résoudre des cas ponctuellement. Des « *habitudes* » de rencontre, de communication se sont créés. La structure qui se dessine nous paraît assez solide pour continuer à porter les projets en cours mais aussi pour porter les ferments d'autres projets et d'autres activités (télémédecine par exemple).

Réflexions et perspectives...

Aujourd'hui, nos tutelles (le groupement de coopération sanitaire) nous ont demandé clairement de bien isoler l'activité maintien à domicile du reste de nos activités⁸⁴ et de fait, le médecin de la coordination ne participe plus depuis juillet 2014 à l'animation du territoire de santé.

Les médecins du canton avaient peu apprécié cette « intrusion », alors qu'ils avaient rapidement compris le rôle de l'IDEC. Aujourd'hui, alors que nous avons longuement prôné l'intérêt de l'EGS pour que les soignants et les travailleurs sociaux du canton vert aient recours à la coordination des soins à domicile, nous posons deux questions qui sont émergées du terrain et des réactions des soignants :

- Ne devrait-on pas réaliser ces EGS en amont des problèmes (ie avant la phase où le patient est maintenu à domicile) et dans un lieu où sur une journée toutes les dimensions de l'EGS seraient examinées par des Gériatres ? L'examen des conditions de vie serait maintenu. Tous les MG en ont manifesté l'intérêt par une visite à domicile de l'IDEC et/ou d'un travailleur social. Les mesures sociales à entreprendre et leur suivi restent dans le giron de la coordination. ;

⁸³ En annexe de ce document nous présentons les personnes intervenant régulièrement auprès de nous.

⁸⁴ Suite à un audit visant à harmoniser les pratiques de coordination du maintien à domicile avec les autres sites.

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

- Les MG ont exprimé largement leur désir de « *garder la main* » sur la coordination du maintien à domicile mais ont manifesté un besoin de soutien pour le volet social et le suivi des actions entreprises. Le dialogue médecin-médecin qui a certainement justifié aussi la présence d'un médecin dans l'équipe de coordination nous apparaît ici déséquilibré. Le médecin coordinateur aujourd'hui propose et suit des mesures qui ne sont plus décidées par le MG. Le MG est « informé » par un plan personnalisé de soin qu'il reçoit à son cabinet après la visite du médecin coordinateur. Ce dernier n'aurait-il pas plus besoin de quelqu'un sur lequel il puisse s'appuyer pour la mise en œuvre du social et d'un suivi. En ce cas « s'appuyer » ne justifie pas une égalité hiérarchique... Nous imaginons que dans ce cas des remarques telles que « *le médecin coordinateur n'a pas la capacité de gériatrie* », « *les médecins n'aiment pas que l'on fouille dans leur sac à main* », « *le kiné, l'infirmière ça on sait faire* » ou parlant de l'APA « *à oui ça c'est bien* », « *aujourd'hui si on vous appelle c'est surtout pour Agnès⁸⁵* », ne seraient plus justifiées.

Après cette réflexion issue du terrain et de la construction de ce dispositif, nous allons sans le tableau ci-dessous donne à lire les activités de prévention, d'éducation thérapeutique, d'activité physique adaptée et d'« animation » du territoire tant au niveau des professionnels que des patients.

⁸⁵ Mme Agnès Avinsac est l'infirmière coordinatrice de la partie maintien à domicile

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Tableau 24 les activités du CareHolder à juillet 2015

Activités proposées en 2015	Population CIBLE	Nombre d'activités
A destination des patients		
Ac Santé Allauch : ateliers de prévention pour le maintien de l'autonomie	Seniors	20 séances
IC-CARE-TOP	Insuffisants cardiaques	11 séances (1 séance/semaine)
Activité Physique Adaptée (APA)	SENIORS	1 séance par semaine jusqu'en juin 2015
« Mieux vivre avec ses douleurs »	SENIORS atteints de douleurs chroniques (arthrose...)	12 séances (1 séance / quinzaine)
Groupe APA CHUTE	Patients à risque de chute ou déjà chuteurs	20 séances (1/semaine)
Groupe APA CARDIO-VASCULAIRE	Patients Hypertendus ou Insuffisants cardiaque	20 séances
Groupe APA DOULEURS	Patients du groupe « mieux vivre avec ses douleurs »	20 Séances
Journées thématiques de prévention	SENIORS	1 par trimestre
Permanence AIDE aux AIDANTS	A destination des Aidants des patients hospitalisés ou ambulatoires	Permanence 1 fois par mois (groupes de parôles, activités)
A destination des professionnels		
Groupe d'élaboration du CARNET DOULEUR	Professionnels impliqués dans les activités AC'Santé, Douleur et APA	1 réunion tous les mois et demi
Administration des activités de l'association	Bureau de l'association	1 réunion par trimestre
Déjeunés de travail par petits groupes d'intérêts	Professionnels par affinité (même cabinet, même institution...)	1 réunion tous les 15 jours
Réunions coordination sociale	Assistant sociaux CH PIS (a étendre aux autres partenaires)	1 réunion par mois
Réunion de préparation des ateliers	Expert+Soignant Educateur+/-IDEC	1 à 2 réunions par semaine
EPU	Tous les professionnels du Canton Vert	1 par quadrimestre
Groupe de travail sur le projet de PARCOURS DE MARCHE	Tous les professionnels + partenaires et bénévoles	4 réunions
Coordination du maintien à domicile		
Animation du territoire de santé		
SALON DE LA POLYARTHRITE	Professionnels des secteurs sanitaire et social, Patients	1 journée
SALON DU BIEN VIEILLIR	Tout public et professionnels	1 journée

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Activités en prévision pour 2016	Population CIBLE	Nombre d'activités
A destination des patients		
<u>Ac Santé Allauch</u> : ateliers de prévention pour le maintien de l'autonomie	Seniors	20 séances

PARTIE III : NARRATION DE LA CONSTRUCTION DU CAREHOLDER

Nous avons de nouveaux projets pour cette rentrée 2015/2016 :

- Proposer non plus un cours d'APA mais trois ciblés en fonction des différents programmes (AC'Santé, Ic-Care-Top, Mieux vivre avec ses douleurs).
- Proposer trois soirées de formations pluridisciplinaires sur les thèmes de la douleur, de la rhumatologie et de la chute ;
- Intégrer dans l'équipe de soignants-éducateurs du programme « mieux vivre avec ses douleurs » une patiente⁸⁶ formée à l'ETP, correspondante locale d'une association de patients
- Former au moins douze intervenants professionnels du CareHolder à l'ETP
- Réaliser 500 DVD à distribuer via les médecins et les institutions aux personnes âgées sur le thème « Donner de la vie aux années ». Nous pensons que ce projet permettra la diffusion des activités du CareHolder, tant au niveau des patients que des soignants.
- Proposer un programme d'ETP pour les patients atteints de cancer et suivants des cures de chimiothérapie orale.

⁸⁶ Au jour du dépôt de la thèse les trois séances par semaine d'APA ont commencé, avec chaque fois une vingtaine de participants présents. Elles ont été financées par l'AAP Sport et Santé de l'ARS PACA

PARTIE IV : ANALYSE DES RESULTATS

« Les yeux ne peuvent connaître la nature des choses »

Lucrece

PARTIE IV : ANALYSE DES RESULTATS

Dans cette quatrième partie, nous analyserons les résultats obtenus sur le terrain à la lumière du rôle du sensegiver en regard de notre troisième question de recherche : « *Quel est le rôle du sensegiver à initier et déployer dans le temps un dispositif d'action organisé dans un contexte de diversité d'acteurs ?* ». Partant de notre intuition première, transformée en «vision» du sensegiver, nous établirons un parallèle entre l'Education Thérapeutique du Patient comme outil thérapeutique et comme outil managérial (Partie IV,§1), avec une même essence pour ces deux démarche, une création collective de sens. Puis nous analysons d'autres étapes du rôle du sensegiver : mettre les acteurs en relation (Partie IV, 2), jouer sur l'équivocité (Partie IV, 3), « energiser» le CareHolder (Partie IV, 4).

PARTIE IV : ANALYSE DES RESULTATS

Masquelet in (Benaroyo, 2010 : 205 et suivantes) reprend une très belle formule de (Worms , 2010) pour donner une approche du soin : « *attention mutuelle aux hommes et précision méticuleuse à préserver l'objet de cette relation* ». Il rappelle toute l'ambivalence dans la définition du soin entre l'*epimeleia* et la *therapeia*, entre le *prendre soin* d'un côté, et le *savoir* et le *savoir faire*, de l'autre, entre *care* et *cure*, entre *soucis* et *technè*. Il rappelle toute la difficulté de concilier une typologie de patients répondant à des normes et à des constantes biologiques, avec le cas singulier du patient.

L'objectif de la coopération, le groupe de travail multidisciplinaire peut-il être la réunion coordonnée de *savoirs fragmentaires* Masquelet (*op. cit.*) et de *pratiques ciblées* ? Peut-on mettre en œuvre une coopération transdisciplinaire où les différents savoirs, pratiques, compréhensions, observations se conjuguent pour organiser un accompagnement concerté, une *totalité* et un repère de ressources de santé, actionnables et actionnées pour donner une réponse appropriée à un projet de soin élaboré avec le patient et ses aidants ?

Notre questionnement initial fut celui de chercher à comprendre comment fabriquer un tel dispositif. Nous nous sommes ainsi lancées dans l'aventure du CareHolder, partant de l'hypothèse Weickienne que nous avons ainsi transposée

H1 : Le sens se construit pendant l'action, *grâce à l'interaction*

H2 : La construction collective de sens est à la base de l'action coordonnée

Nous nous sommes appuyées sur une activité de soin suffisamment originale pour rompre avec les pratiques traditionnelles, l'ETP, et reprendre à notre compte la proposition de (Starbuck and Milliken, 1988) in (Weick, 1995 : 100), selon laquelle « *les occasions de base pour la création de sens résident dans des événements incongrus, dans des événements qui bousculent les cadres habituels de référence* »⁸⁷

Nous avons relaté en partant de la chronologie et des éléments de structuration du CareHolder la façon dont il s'est progressivement mise en place. Au-delà de la réalisation sur le terrain, la mise en œuvre sur le terrain du processus de création collective de sens nous permet maintenant de porter un regard plus théorique sur la façon dont le sensegiver a procédé pour orchestrer ce dispositif créé ex-nihilo.

⁸⁷ Traduction libre

PARTIE IV : ANALYSE DES RESULTATS

Nous allons donc maintenant répondre à notre troisième question de recherche : « *en quoi consiste le rôle du sensegiver à initier et à déployer dans le temps un dispositif d'action organisée dans le contexte de diversité d'acteurs ?* »

1 Visionner : L'ETP outil thérapeutique, outil managérial

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, nous sommes parties d'une intuition empirique : *l'ETP, dispositif pluridisciplinaire ne pourrait-il pas être à l'origine de pratiques collectives coordonnées s'il était pratiqué par des professionnels de santé issus du même territoire que les patients auxquels il s'adresse ? Pourrait-on créer une dynamique collective entre des patients et des soignants autour de ce dispositif porteur d'une nouvelle philosophie du soin ?*

Nous avons essayé de montrer que l'ETP nous a servi à déployer un objectif thérapeutique dans le groupe de patients, mais nous nous sommes également emparées de cette dynamique favorable à l'émergence de nouveaux comportements chez les patients pour appuyer notre projet managérial.

L'ETP, partant des représentations et des croyances de chacun s'appuie à la fois sur une « alliance » entre soignants et patients et sur la dynamique de groupe créée par l'intermédiaire d'instruments privilégiant l'exploration de ces représentations et le partage de signification pour in fine permettre à la personne de cheminer sur la voie d'un changement de comportement bénéfique pour sa santé et « négocié » avec le soignant. La dimension collective donnant du poids à ces alliances car ainsi que le mentionne (Anzieu, 2006 : 186) le groupe est capable de mobiliser ses énergies pour vaincre la naturelle « *résistance au changement* » de chacun pris isolément et ainsi faire admettre une nouvelle norme.

Nous nous sommes donc proposées de nous inspirer de cette méthode thérapeutique pour faire fonctionner le groupe de soignants et après avoir mené l'expérience nous résumons dans le tableau ci-dessous le parallèle fait entre l'ETP et le management du groupe de professionnels, mettant en valeur la façon dont nous avons prolongé sur notre terrain les concepts puisés dans notre cadre théorique.

PARTIE IV : ANALYSE DES RESULTATS

Tableau25 ETP outil de management, outil thérapeutique

ETP - EMPATHIE		Management - ADVERTANCE ⁸⁸
Objectifs		
Alliance Transmettre des connaissances et des compétences d'auto-soin Patient Acteur		Coopération Coordonner les différents acteurs (médical, social, médico-social) intervenants dans les parcours de santé des personnes âgées (PA) sur un territoire Ne plus « agir » seul
Acteurs		
Soignants – Patients		Intervenants dans le parcours de santé de la PA
Sensemaking /sensegiving		
Interactions	Soignants/soignants (S) – Patients/Patients (P) – Soignants/Patients	Libéraux/travailleurs sociaux/patients/institutionnels/ praticiens hospitaliers/ médecins/paramédicaux/associatifs/citoyens
Identités	Croyances en santé Projets de vie Comportements / MC Compétence du patient vis-à-vis de la gestion de sa maladie	Statut Mission Pratiques individuelles /Coopération Expertise liée à la compétence professionnelle
Objets (narration, études de cas, brain- storming...)	Supports de l'expression de la MC Supports d'échanges de signification	Support de partages d'expériences Support de partages de significations
	Émission de signaux destinés à favoriser des comportements bénéfiques pour la santé et éviter les comportements à risques norme/comportements	Émission de signaux destinés à mettre en évidence les bénéfices attendus de la coordination des soins Besoins (informations, suivi, soutien...) Ressources (ressources de santé du territoire)
	Support pour la négociation (projets de vie /contraintes)	Supports pour orienter les débats (objectifs/moyens)
	Support de transmission de savoirs	Supports de transmission d'informations liées à la coordination ou aux objectifs thérapeutiques
Action	Modification de comportements	Intervention (ateliers, conception de programme, adressage de patients)

⁸⁸ cf (Partie I, §2.4.2)

PARTIE IV : ANALYSE DES RESULTATS

	Séances répondant à un objectif thérapeutique Séquences spécifique d'une compétence à acquérir Bilans éducatifs	Réunions de conception de programmes Réunions de préparations d'ateliers Formations Conseils d'administration
Relations	Coopération P/P – S/P- S/S	Coordination des acteurs
Communication	Entretiens (Bilans éducatifs, entretiens motivationnels) Ateliers Questionnaires d'évaluation Enquêtes (visée thérapeutiques) Informations sur les programmes	Discussions informelles Réunions de travail Formations Ateliers Informations de coordination Enquêtes satisfaction
Évaluation		
	File Active de Patients	Nombre de professionnels ayant recours à l'association
	Nombre d'Activités et de programmes	Nombre de rencontres et manifestations

2 « Relationner » : créer des liens

Nous sommes dans le cas d'un dispositif créé ex-nihilo. La première étape, avant d'activer le rôle de sensegiver et de créer l'équivocité, avant de parvenir à la question « qu'est-ce qui se passe ici », est de réunir un nombre suffisants d'acteurs, pour assumer la diversité requise pour l'accompagnement global des personnes âgées sur leur parcours de santé.

La phase préliminaire a consisté à entrer en relation de manière privilégiée avec tous les acteurs susceptibles d'interagir.

La mission était périlleuse. Il s'agissait à la fois 1) de cibler des patients susceptibles de convenir à l'objectif thérapeutique de notre projet ;2) de cibler des patients susceptibles de se rendre sur les lieux du projet ;3) de réunir la diversité de professionnels susceptible de répondre à l'objectif thérapeutique ;4) de nous assurer de leur collaboration ; 5) de réunir des personnes capables d'œuvrer à l'organisation logistique d'un projet basé sur le bénévolat.

C'est **notre position de pharmacien** qui a permis de mettre en mouvement toutes ces relations en même temps. En effet, en contact permanent avec à la fois les patients, les bénévoles et les soignants, nous avons pu maintenir une information constante sur les avancées et l'organisation du projet. Aujourd'hui par exemple, dans notre officine, nous communiquons activement auprès des patients sur les salons à venir (affiches, flyers, discours) ainsi qu'en rappelant constamment aux professionnels qu'ils sont attendus au moins au repas...

Cette étape relationnelle nous est apparue primordiale quant à la mise en œuvre et au maintien du CareHolder. Entretenir des relations constantes (oralement, par écrit...) avec tous les acteurs susceptibles de participer au CareHolder.

3 Jouer sur l'équivocité

3.1 Créer l'équivocité : Signaler

Selon (Lewin, 1972 : 275) un changement se construit en trois phases : décristallisation, déplacement, cristallisation. Un « *champ de force* » protège du changement. Pour le vaincre, il cite Allport (auteur qui figure souvent dans l'œuvre de Weick) pour qui il est parfois nécessaire de recourir à la « *catharsis* », la provocation émotionnelle étant susceptible de briser les préjugés. Ensuite l'étape de déplacement est une étape de la vie de groupe.

Pour Lewin (*ibid.*) dès lors que l'on souhaite un changement, les expériences montrent qu'il est plus facile de former les gens en groupe que pris individuellement. « *si la norme du groupe est changée, la résistance qui est due à la relation entre l'individu et la norme de groupe est éliminée* » (p.274).

Enfin la troisième phase demande de recréer un « *champ de force* » qui pérennise le changement adopté.

Nous avons donc vu que nous créons du sens à partir du moment où un évènement nous pousse à nous demander « qu'est-ce qui se passe ici ? ».

La première étape, après avoir réuni les acteurs, a donc consisté à émettre des signaux qui sans aller jusqu'à la catharsis ont dû : 1) soutenir l'objectif 2) permettre l'expression des différents points de vue ; 3) provoquer le raisonnement rétrospectif : « *Sachant ce que je sais, comment devrais-je agir ? Sachant ce que je sais y-a-t-il quelque chose que je devrais modifier dans la façon dont je définis et connecte le flux d'expérience ?* » (Weick, 1979 : 133)

Nos signaux avaient donc pour ambition : d'être suffisamment larges pour permettre l'expression et si possible permettre de faire appel à l'émotion de provoquer des sentiments, l'échange de points de vue, la création de relations entre cadres de références et expériences... et suffisamment ciblés pour répondre à l'objectif final. Le SG est alors ici non pas un donneur de sens, mais nous dirons plutôt un semeur de sens.

PARTIE IV : ANALYSE DES RESULTATS

Parmi les signaux qui ont été émis les plus « puissants », au regard des réactions et de l'adhésion provoquée, ont été ceux qui ont été émis par le groupe de patients. En effet, alors que (Gagnayre & Traynard, 2002 :168) constatent que moins d'un tiers des médecins orientent leurs patients vers des ateliers d'ETP, nous avons constaté qu'après être intervenus dans les atelier et après avoir remarqué « *l'importance pour ces personnes âgées de recevoir des connaissances sur des sujets de santé* » tous les intervenants nous ont adressé au moins un patient ! De plus nous avons également constaté que les photos, questionnaires, témoignages de patients étaient aussi des signaux puissants. En témoigne par exemple, les sourires radieux ou l'application à écouter les conférences des personnes lors du salon du bien vieillir 2014.



Il en est de même pour l'implication des professionnels. L'implication visible et investie de certain d'entre eux ont constitué un signal suffisamment fort pour entraîner d'autres professionnels mais aussi vis-à-vis du groupe de patients qui s'étonnait avec bonheur « *du temps qu'on leur consacrait* ».

Ainsi, à la lumière de ce que nous avons montré, nous pouvons rajouter à la liste des signaux mis en œuvre par le sensegiver (Partie 3 §5.6.1) une nouvelle sorte de signal constitué **par le comportement d'une catégorie d'acteurs**.

3.2 Réduire l'équivocité

Les différentes interactions permettent à la suite de l'émission du signal, le déclenchement du processus de création collective de sens. Pendant cette étape que (Gioia & Chittipeddi, 1991) nomment « revisionner », les personnes ne vont avoir de cesse que de revenir à un état de croyance et réduire l'équivocité quitte, à comme nous l'avons, vu se satisfaire de la première solution plausible, la moins coûteuse en effort. Le SG interviendra donc également au cours de cette phase de réduction de l'équivocité en sélectionnant parmi les différentes

interprétations celles qui permettent l'atteinte de l'objectif. Ici le SG est un conducteur de sens qui jouera du fait que la décision du groupe est supérieure à celle de l'individu isolé...

3.3 Agir sur l'équivocité du signal : « signal large », « signal étroit »

Au cours de cette étape le sensegiver interviendra sur la largeur du signal (en la minimisant si le signal perçu va à l'encontre de l'objectif, ou en l'élargissant s'il permet la poursuite de la réflexion dans le sens de la vision de l'objectif). Il jouera également sur la largeur du signal pendant le déroulement du processus ; Ainsi, pour faire émerger le questionnement et provoquer la fameuse question « qu'est ce qui se passe ici ? », il procèdera en utilisant des signaux très larges (narrations, témoignages, évocation de problèmes généraux...). Ces signaux sont destinés à provoquer des échanges. Lorsque chacun s'est emparé de certains signaux et en a extrait des éléments de réflexion, le sensegiver tente alors de trouver ceux qui illustrent le mieux les « zones d'équivalences mutuelles » (ie celle qui sont partagées temporairement entre les participants et compatibles avec la « vision » du sensegiver). C'est ainsi que des personnes se sont agrégées autour de la problématique de la chute. Ensuite, dans un deuxième temps, lorsque ces accords temporaires sont mis au jour, le sensegiver explore ces zones grâce à l'émission de signaux plus ciblés que nous appellerons étroits. Par exemple des réponses à des questionnaires, des photos, des questions ouvertes permettant l'exploration d'un sujet précis « que feriez-vous dans ce cas ? »...

4 Créer le CareHolder: ancrer

Pour Weick, la création collective de sens précède l'action collective, celle-ci vient alors modifier l'environnement perçu par les acteurs. Le rôle du sensegiver, après avoir visionné et signalé consiste à « energiser » cette nouvelle vision. Nous avons donc procédé à une mise en acte très régulière de moments de création collective de sens, étape que nous nommerons SEMER et CONDUIRE.

Mais, revenant au sensemaking et aux travaux de Weick, nous posons à notre tour la question de l'équilibre entre sens et structure. Si Weick (1993) a montré qu'une structure « trop lâche » sans repère peut mener à une catastrophe telle que celle de Mann Gulch, en revanche il montre aussi qu'une structure trop rigide dans laquelle le cadre que partagent les acteurs est si rigide qu'il empêche la construction de nouvelle connaissance, écarte d'emblée la polysémie qui conduit également à un désastre de grande ampleur dans le cas de l'accident de Tenerife (Weick, 1990).

Compte tenu de cela nous avons au sein des différents groupes tentés de jouer avec cet équilibre. En effet, nous avons eu très tôt (en novembre 2013) l'opportunité de permettre aux personnes du groupe AC'Santé de découvrir la «relaxation». Ces techniques non médicamenteuses sont très en vogue actuellement et nombre de programmes proposent d'inclure des séances de « découverte »⁸⁹. Nous avons donc rapidement décidé d'inclure dans le déroulé de la séance, au début, une partie « relaxation ». Nous avons remarqué que ces séquences nous permettaient de créer une transition entre l'agitation extérieure et l'atelier de prévention. Lors d'une séance où la personne, qui s'était depuis le début proposé de diriger cet exercice était absente, de nombreuses remarques ont fusé « *eh ben on ne commence pas par la respiration aujourd'hui ?* », « *elle n'est plus là ?, qui va la remplacer alors ?* ». Nous l'avons regardée faire plusieurs fois, nous avons de plus eu une formation sur les techniques de respiration profonde. Nous avons donc pris la relève et continué à ouvrir nos ateliers par

⁸⁹ Nous avons découvert cela au sein de l'Ecole de l'Asthme où des séances de shiatsu étaient proposées aux patients des programmes ETP, ainsi qu'à l'Institut Arnaud Tsanck où nous avons suivi un cursus de formation « hypnose et douleurs ».

PARTIE IV : ANALYSE DES RESULTATS

une séquence relaxation (aujourd'hui encore). Nous remarquons que même les intervenants s'adonnent à l'activité, dans une très grande majorité des cas, yeux fermés, au rythme de l'inspiration ventrale et de l'expiration profonde...

Notre groupe de personnes âgées a également révélé un talent de poétesse. Dès les premières séances et pour marquer « *sa joie de participer à ces ateliers* », une de nos bénéficiaires a pris l'habitude de nous concocter un poème. Ainsi, les après midi thématiques trimestrielles ne se terminent jamais sans le poème de Maggy. Nous avons également Mr B. qui ponctue chaque fin de séance par une « blague », souvent au grand désespoir de son épouse... Il y a eu aussi l'instauration du goûter. Les premiers ont été apportés de l'extérieur par le Lion's club des Sablines d'Allauch dès décembre 2013. Puis constatant qu'une pause était appréciée entre la partie « expression » et la reformulation par l' « expert », nous avons jugé utile de garder cette « pause gourmande » et divers dons nous permettent de la continuer.

Notre petit groupe chemin faisant s'est ainsi constitué autour de séances très « ritualisées » : relaxation, présentation de l'objectif thérapeutique, exploration des représentations et des pratiques, goûter, reformulation et exposé de l'expert, blague et/ou poème de Maggy.

Schéma 12 Un des poèmes de Maggy

Sous le ciel de Provence,



*Comme la Provence est belle quand elle donna le jour
À ses chanteurs, ses poètes, ses peintres et ses troubadours.
Avec ses vertes campagnes, ses garrigues très parfumées
De mille senteurs de pins, de lavandes et de genévriers.*

*Sur ses douces collines, on peut entendre encore
Les chants des cigales, des grillons dès qu'apparaît l'aurore.
Et tendant l'oreille, écoutons Panisse et son accent
Nous rappeler Pagnol et tout le charme d'antan.*

*En racontant la Provence, on devient intarissable.
Même la poésie rêve sur les plages de sable.
Et il me semble parfois entendre fredonner
Scotto, Alibert, Bécaud décrivant nos marchés.*



*À Fontvieille, il y a Daudet et son célèbre moulin
Égrenant dans la brise du soir son refrain.
Voici enfin Frédéric Mistral qui emprunta son nom
À ce vent violent, soufflant sa furie sur le Lubéron.*



Maggy

→

1 1 0

PARTIE IV : ANALYSE DES RESULTATS

Nous avons alors jugé utile de reproduire une structuration dans le groupe de professionnels et de bénévoles.

Nous l'avons vu, nous avons tout d'abord fixé une date précise pour nos rencontres formelles (dernier mercredi de chaque mois impair), nous avons opté pour un déroulement parfaitement identique et dans le même lieu (centre hospitalier) : présentation des avancées de l'Association, buffet, corps de la séance (validation de l'achat des appareils pour le parcours de marche, élaboration du carnet douleur), remise des plannings, conclusion et café. Nous avons communiqué régulièrement des informations sur l'avancée du programme douleur et là encore, un élément en faveur d'une « *habituat*ion » nous a interpellées. En effet, nous envoyions souvent des mails, aux participants le dimanche matin de bonne heure, récapitulant ce qui avait été acté ou réalisé au cours de la semaine précédente. Ayant « *sauté* » un dimanche matin, une IDEL vint à la pharmacie un lundi matin et me⁹⁰ dit : « *On n'a pas eu le mail dimanche ! Tu nous as oubliées ?* ».

Mais au-delà de cette habitude que nous avaient donnée les uns et les autres d'agir de manière reproductible, nous avons remarqué que certains s'installaient dans des rôles. Ainsi Maggy était notre poétesse, une autre était l'intellectuelle... Et cela s'est également produit dans le groupe de soignant ou progressivement chacun s'est mis à « *habiter* » un rôle qui lui convenait, s'orientant entre ses compétences, ses goûts, ses disponibilités et les nombreuses places à prendre au sein de ce dispositif « *s'organisant* ».

⁹⁰ Ici le pronom concerne le SG !

5 Conclusion de la partie.

L'utilisation de la théorie du Sensemaking nous a conduites à proposer une opérationnalisation du processus de création collective de sens, pour mettre en œuvre un projet de parcours de soins de la personne âgée coordonné et résultant de la coopération d'acteurs des secteurs sanitaire, social, municipal mais aussi de bénévoles et d'associations, sur un territoire.

Nous avons relaté les différentes périodes du processus et tenté de mettre en évidence, pour chacune de ces périodes, en quoi a consisté le processus de création collective de sens, quel a été notre rôle en tant que « *sensegiver* ». Ceci, nous a fait réfléchir sur la façon dont peu à peu le groupe s'est mis en place, comment les acteurs l'ont « *habité* », comment certains se sont positionnés, comment un processus « *d'habitation* » a été insufflé par le SG, comment la participation au CareHolder est devenue « *naturelle* » pour les acteurs qui ont fait partie du « *groupe douleur* ».

Le tableau ci-dessous résume la façon dont nous avons proposé de répondre à notre troisième question de recherche.

PARTIE IV : ANALYSE DES RESULTATS

Tableau 26 des résultats de la mise en œuvre en fonction du Sensigiver.

	Propriétés du Sensegiving mises en évidence	
VISIONNER	CareHolder Intuition empirique : l'ETP outil managérial, outil thérapeutique.	INSTRUMENTS
RELATIONNER	Réunir les acteurs (patients, professionnels, bénévoles) autour du projet. Possible grâce à la « position » du Pharmacien	
SIGNALER SEMER l'EQUIVOCITE	Emission de signaux pour produire des occasions de sensemaking en rapport avec l'objectif	
REVISIONNER CONDUIRE	Elargir les signaux faibles en rapport avec l'objectif. Réduire les signaux pour réduire l'équivocité	
ENERGISER ANCRER	Favoriser le PRENDRE PLACE Création d'HABITUDES Rituels	Relation entre sens et structure

PARTIE V : DISCUSSION

« Voici maintenant une personne qui vaque à ses petites occupations avec une régularité mathématique. Seulement, les objets qui l'entourent ont été truqués par un mauvais plaisant. Elle trempe sa plume dans l'encrier et en retire de la boue, croit s'asseoir sur une chaise solide et s'étend sur le parquet, enfin agit à contresens ou fonctionne à vide, toujours par un effet de vitesse acquise. L'habitude avait imprimé un élan. Il aurait fallu arrêter le mouvement ou l'infléchir. »

(Bergson, 2013 :66)

PARTIE V : DISCUSSION

Au cours de cette thèse, une intuition empirique nous a poussées à chercher à comprendre si et comment un processus de création collective de sens, mis en œuvre en prenant appui sur des activités communes de Prévention et d'Education Thérapeutique du Patient pouvait conduire à la création d'un dispositif d'accompagnement des patients (appelé CareHolder) organisé dans un contexte de diversité d'acteurs (comprenant des acteurs professionnels, le patient et son entourage). Nous avons narré (partie III) la façon dont nous avons construit pas à pas ce dispositif ainsi que la manière dont il s'est structuré dans le temps au travers des éléments de la grille de lecture que nous avons établie (Acteurs, Activités de soin, Instruments et Gouvernance). Nous avons ensuite, à la lumière de l'analyse des résultats obtenus, *disséqué* le rôle du sensegiver (SG) tout au long de la mise en œuvre du processus (partie IV).

Arrivées au terme de cette thèse, trois thèmes nous invitent à poursuivre la réflexion entamée avec la théorie Weickienne des organisations : le rôle du sensegiver, l'équilibre à trouver entre sens et structure ainsi que le rôle joué par les instruments.

Nous aborderons dans un premier temps le rôle du sensegiver. Est-il réellement un *donneur* de sens ? Se contente-t-il de donner aux sensemakers des signaux à traduire à leur guise ? Nous aborderons ensuite la question évoquée par Weick de l'équilibre entre sens et structure qui nous a conduites à nous intéresser à des aspects plus « obscurs » des conduites humaines, l'habitude et le rituel. Enfin, nous nous intéresserons à l'importance des instruments pour assurer la médiation entre l'objectif et sa concrétisation.

1 Le sensegiver émetteur de signaux

Nous l'avons vu le point de départ du processus de création de sens se situe dans la question « qu'est-ce qui se passe ici ? ». Le SG a donc procédé à l'émission de signaux pour créer cette dissonance engendrée par les multiples interprétations possibles accordées à un phénomène. Ces signaux avaient pour but de permettre l'exploration et l'expression des représentations singulières des acteurs à qui le SG s'adressait et qu'il désirait mobiliser. Ces signaux (détaillés dans la partie III, §5.5) étaient les ferments du processus de création collective de sens.

Cependant, comme dans l'ETP, un objectif est posé (coopérer pour accompagner les personnes âgées dans leurs parcours de santé).

Il s'est donc agi de laisser les participants s'emparer des signaux émis. Des techniques d'animation (évoquées partie III, §5.5.3, tableau 14) ont permis de favoriser l'expression des diverses interprétations. Le SG s'est alors emparé des interprétations livrées par les acteurs en rapport avec l'objectif où représentantes de la majorité des interprétations, pour les *élargir* (ie en explorant par des questions ouvertes) et aboutir à la création de zones d'accords temporaires par un processus qui alors tendait à *réduire* l'équivocité (ie en reformulant par exemple cet accord temporaire et en cherchant des indices sur lesquels s'appuyer pour le consolider).

Nous reprenons en le complétant ici pour plus de clarté le schéma du processus que nous avons décrit lors de la narration du cas (partie III, §5.5.3) afin de montrer la succession des phases d'interactions entre les sensemakers et l'intervention du SG sur la largeur du signal. L'encadré qui le précède montre comment le groupe a cheminé pour arriver à une zone d'équivalence temporaire sur la nécessité de favoriser l'Activité Physique Adaptée au sein du dispositif.

Schéma 13 Exemple de cheminement vers une zone d'accord temporaire pour aboutir à une activité établie



Le sensegiver dont l'objectif était alors « d'intéresser » les participants au dispositif, s'est emparé d'un sujet très courant (l'APA) et a émis deux signaux

1) le résultat d'un questionnaire remis aux patients pour obtenir un état de lieux de leur activité physique,

2) le témoignage de la kinésithérapeute après un atelier d'ETP destiné à promouvoir l'APA auprès des personnes algiques...

A la suite de l'émission de ces signaux et des questions ouvertes posées par le SG « *Comment permettre à ces personnes d'avoir plus d'activité ?* », « *quelle différence y a-t-il entre une séance chez le kiné et une séance d'APA ?* ». Le SG a relevé et mis en valeur les verbatim relatifs à l'importance de la pratique de l'APA par exemple « *on pourrait rajouter des séances consacrées uniquement à l'APA* », « *c'est à nous de faire en sorte d'amorcer le processus* », ou encore a extrait des réponses aux questionnaires patients « *j'aimerais bien mais j'ai peur de ne pas y arriver* », « *j'aimerais bien essayer* » et laissé de côté les réactions telles que « *cette génération de femme n'a jamais fait de sport de sa vie, alors commencer à 80 ans !* ».

L'idée a fait son chemin dans le temps. Le SG a émis l'idée de répondre à d'autres appels à projet concernant le financement d'APA. La kinésithérapeute a proposé d'animer d'autres séances bénévolement au cas où nous n'obtiendrions pas de financement pour planifier de nouvelles séances. Un médecin a demandé où en était l'idée de remboursement du sport par la sécurité sociale. Lors des autres réunions le sujet de l'APA a été abordé de nouveau. De nouveaux signaux ont été émis tels que les photos prises lors d'ateliers supplémentaires animés par la kinésithérapeute. Une réponse favorable à des appels à projets concernant l'obtention d'un parcours de marche.

L'accord au sujet du bénéfice qu'apporterait le dispositif pouvant être considéré comme une « *zone d'accord temporaire* », le SG a organisé la mise en œuvre d'un programme régulier financé par AAP. Lors des premières séances, nous avons saisi l'opportunité d'un article réalisé dans le magazine la Provence (rubrique Allauch) sur le développement de notre activité pour mettre en valeur le groupe de patient en pleine séance d'APA et avons adressé l'extrait de cet article à tous les médecins des communes d'Allauch et Plan de Cuques.

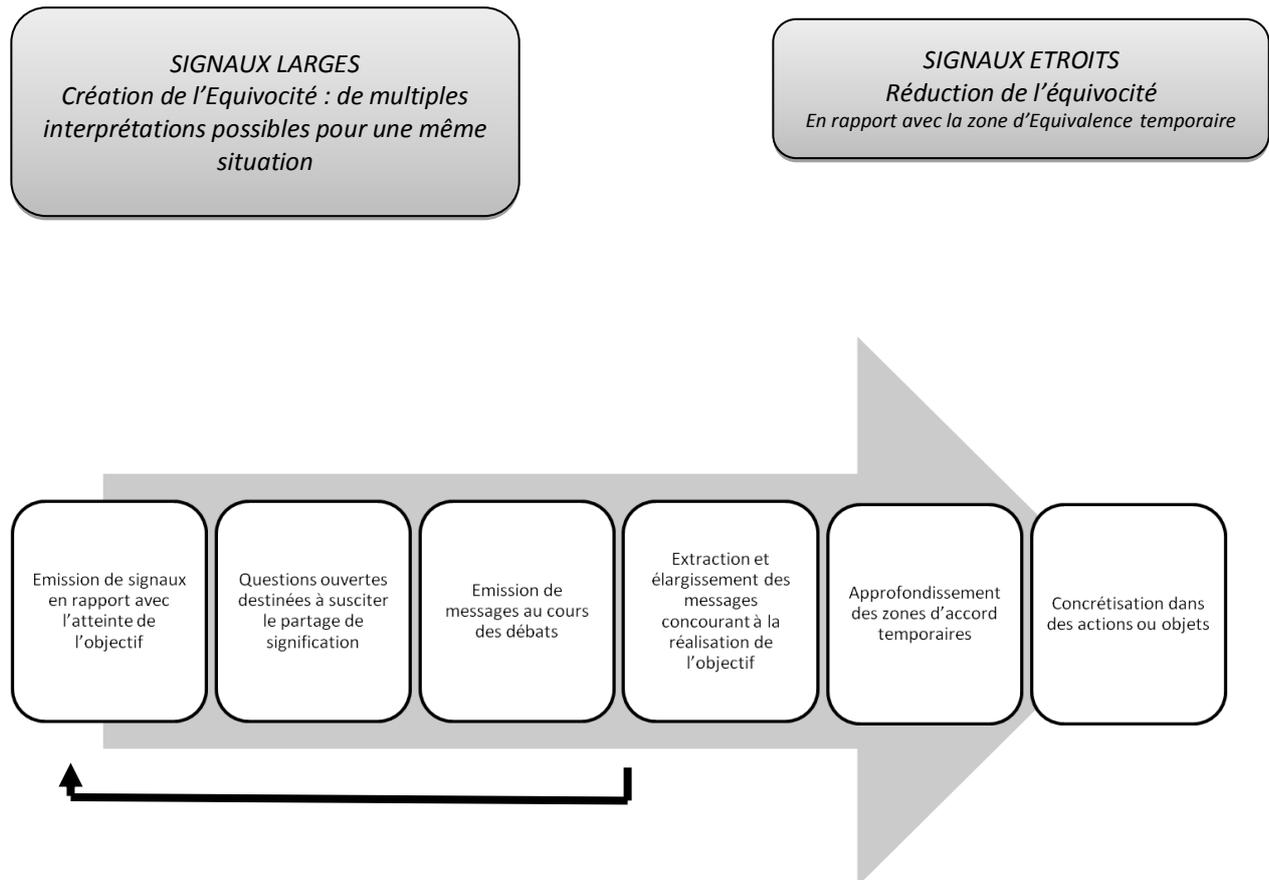
A ce jour, sur les six premiers mois de 2015, des ateliers où entre quinze et vingt personnes étaient présentes se sont déroulés chaque semaine. Nous proposons trois types d'APA, disposons d'un parcours de marche.

Des photos, l'extrait de l'article paru dans la Provence sont joints en annexe de ce document.

PARTIE V : DISCUSSION

Le schéma ci-dessous met en évidence la largeur du signal lors des différentes phases du processus utilisé par le SG

Schéma 14 Mise en évidence de la largeur du signal lors des différentes phases du processus utilisé par le SG



Ainsi, plus généralement, nous voyons que le sensegiver agit 1) en provoquant l'équivocité par l'émission de signaux larges⁹¹. Nous nommons cette étape SEMER 2) qu'il oriente le processus de création de sens en mettant en valeur les signaux produits à la suite des interactions qui sont en rapport avec des zones d'équivalences temporaires correspondant à l'objectif. 3) qu'il réduit alors l'émission de signaux afin de concrétiser et mettre en valeur les zone d'accords temporaires, issues du processus de création collectives de sens et qui vont

⁹¹ Nous rappelons que le SG s'est appuyé essentiellement sur deux types de signaux 1) ceux émis par une catégorie d'acteurs (essentiellement les patients mais aussi des intervenants actifs) et 2) ceux émanant des instruments spécifiques au dispositif (carnet douleur, parcours de marche, film).

PARTIE V : DISCUSSION

être, selon Weick (1979 ; 1995), le ciment de la coopération. Nous nommons ces étapes CONDUIRE.

Mais nous avons également remarqué que parallèlement à l'établissement de ces zones d'équivalence temporaire, le processus de création de sens a conduit les acteurs à *s'approprier* une partie du projet en fonction de leurs compétences et de leurs goûts. Dans un paradigme où rien n'est figé et où la création de sens a un caractère à la fois rétrospectif et prospectif le SG a souhaité entretenir le processus en créant de nouvelles activités et en signalant les réalisations accomplies. Ces dernières ont servi à l'établissement non plus de signaux mais cette fois-ci à l'établissement de repères permettant à chacun de se situer, de « prendre place » au sein du dispositif⁹².

Nous signalons également que le sensegiver reprend la chronologie du déroulement d'un programme d'ETP dans laquelle nous avons vu un processus de création collective de sens, conduit les patients à progressivement modifier leurs comportements, et peut-on même dire avec l'ambition pour le soignant de leur donner les ressources nécessaires pour se *situer* après la *crisis* provoquée par l'annonce de la maladie chronique (ie prendre place, comme ils l'entendent. Une place non imposée par la famille, le système de santé, ou adoptée par facilité ou par déni...). Adopter une position conciliant dans la mesure du possible un projet de vie et leur maladie et ainsi devenir actifs, acteurs.

Nous allons maintenant, dans le paragraphe qui suit, questionner ce résultat obtenu à la suite des deux étapes : semer et conduire et qui a consisté à voir les participants « prendre place » au sein du dispositif. A la suite de cela, nous discuterons d'une question initiée Weick (1990 : 1993) dans le contexte de notre terrain où la structure n'est pas donnée d'avance mais construite *ex-nihilo*. Ces étapes, semer des signaux et conduire le processus de création collective de sens, en rapport avec une vision (CareHolder) ou un objectif (thérapeutique), si elles sont les préliminaires à des modifications de comportements ou si elles favorisent l'appropriation d'une place au sein du dispositif, sont-elles cependant suffisantes pour structurer le dispositif dans le temps ?

⁹² Nous insérons en annexe de ce document un courrier adressé par le CCAS à la suite de l'organisation du Salon du Bien Vieillir en 2014. Ce courrier a été mis à l'ordre du jour de la réunion des participants professionnels et bénévoles qui a suivi.

1.1 Permettre le prendre place

Tout au long de ce projet dont la visée est l'acquisition d'une démarche coopérative d'acteurs marqués par leur diversité et leur autonomie nous nous sommes appuyées sur deux idées fondamentales et qui se rejoignent 1) la création collective de sens: le sens se construit collectivement mais reste propre à chacun (ie il ne s'agit pas d'une volonté de création de sens collectif). Ici diverses raisons ont conduites les personnes à participer au CareHolder et notre objet n'a pas été de leur faire préciser leurs motivations (qui ne tiennent d'ailleurs certainement pas du seul domaine de la raison... et pour lesquelles enclencher une réflexion « rationnelle » aurait peut être mis en péril leur investissement dans l'association...), 2) nous avons cherché à mettre au jour des « zones d'accord temporaires » : nous avons cherché à provoquer des rencontres sur des points précis, laissant à chacun la liberté de penser à sa guise la totalité à l'intérieur de laquelle ces zones se logeaient.

Le SG a placé les participants (aussi bien patients que soignants) sur la voie d'un processus de création collective de sens par le biais d'activités de soin qui ont permis aux personnes dont les échanges étaient « normés » par un modèle de relation (le médecin prescrit, le pharmacien délivre, l'infirmier porte un soin technique, le patient se plaint...) de partager des représentations et d'interagir au sein d'un dispositif commun (le CareHolder) dont l'objectif est de coordonner des parcours de soins pour les personnes âgées.

Les activités ont déclenché le processus décrit par Weick (1979 ; 1995) et que nous avons schématisé dans le chapitre réservé à l'étude de notre cadre théorique (Partie I, §2.3.3) puis que nous transposons ainsi sur notre terrain : 1) participation à une activité ; 2) « enactment » de l'environnement, 3) participation à une nouvelle activité pour la plupart des personnes engagées⁹³ et 4) élargissement à de nouveaux acteurs mobilisés et a de nouvelles activités.

Nous reprenons à notre compte la description d'(Anzieu, 2006) :« *la connaissance de chacun prolifère dans le groupe, entraîne le dégel des communications, le passage des courants de sympathie et d'antipathie. La meilleure compréhension réciproque de chacun fait naître*

⁹³ En effet, dans la majorité des cas, chaque fois qu'une personne a participé à une activité (sauf problème personnel ou professionnel) nous l'avons retrouvée présente dans une autre activité. Et dans les cas où les personnes ont rencontré des problèmes personnels ou professionnels qui les ont empêchées de se réinvestir, elles ont continué à demander à être informées.

PARTIE V : DISCUSSION

estime, encore inégale et fragile de chacun pour tous ». Mais nous remarquons que « *chacun commence à compter pour chacun* » (p. 57). En effet, des liens entre professionnels se sont tissés, des liens entre les personnes âgées et entre les bénévoles et les professionnels, des compétences ont été sollicitées.

Nous pouvons également noter, ainsi que le rapporte Anzieu *ibid.* que les relations qui sont nées au cours de l'activité commune, les ont « *réuni en un nouveau mode (...) une praxis qui les met en état d'inventer des solutions nouvelles et de **transformer la réalité** au lieu de la subir* ». (p57)

En travaillant dans le champ interactionniste du sensemaking, nous avons compris que l'identité individuelle n'est pas substantielle mais circonstancielle, faite de différentes facettes. Qu'elle est le résultat de la confrontation des définitions de soi revendiquées et attribuées. Qu'elle est constamment remise en jeu, remaniée au fil de l'interaction (Le Breton, 2012). Postic, (1982) rapporte que Bavelas et Leavitt (Leavitt, 1951) ont montré qu'en intervenant sur la nature de la communication dans un groupe, par le recours par exemple à des questions larges et ouvertes faisant appel à l'intuition, qui laissent l'initiative à des démarches, accompagnées d'un comportement également ouvert, on stimule et favorise l'émergence des rôles fonctionnels en vue des buts d'une entreprise commune et l'on déclenche un processus actif. Leur domaine d'expérimentation était l'éducation. Ils se sont attachés à montrer que la façon que l'enseignant avait de se situer ainsi que la façon dont il situait l'élève par rapport au savoir (ie la façon dont il estimait que l'élève puisse assumer un rôle dans la découverte de connaissance) déterminait la nature des communications entre personne. Ainsi ils décrivent le cas où l'enseignant est « animateur » (ie celui qui permet à chacun de s'exprimer). L'auteur nomme cette attitude : attitude intégrative de l'enseignant, l'élève est amené à coopérer délibérément, à découvrir des desseins à réaliser qui respectent sa personnalité. Il nous invite à nous ouvrir sur une perspective de **rôles voulus** (assumés et motivés) et non **plus agis** (ie prescrits).

Nous reconnaissons là la philosophie du soin véhiculée par l'ETP. Elle rompt avec la traditionnelle hiérarchie des relations qui régissent le milieu médical (tant la relation soignant/patient, que spécialistes/médecins, praticiens hospitaliers/médecins libéraux, médecins/paramédicaux...). L'objectif dans l'ETP est de former un groupe dans lequel chacun représente une ressource de soin (y compris le patient, qui comme le rappelle la

PARTIE V : DISCUSSION

devise⁹⁴ de notre CareHolder est la meilleure ressource pour lui-même). Groupe, dont Anzieu (2006) rappelle que l'étymologie renvoie à deux sens premiers «nœud» et «rond» portant une idée première de cohésion (nœud) et une idée seconde d'égalité (rond). Nous sommes dans le cas de personnes qui se réunissent pour aborder un problème, avec un objectif thérapeutique qui consiste à viser l'acquisition d'un savoir, d'un savoir-faire ou d'un savoir-être pour les patients et à aborder l'accompagnement coordonné de problématiques à une maladie chronique, liées au vieillissement, à la douleur...

C'est dans ces conditions et selon ce modèle de SG «animateur», où les signaux émis ouvrent sur des possibles à saisir et un renforcement des motivations perçues que nous avons fait émerger de notre terrain l'importance du «prendre place».

Une fois encore nous utilisons l'expression «chemin faisant». En effet, progressivement, au fur et à mesure de la pratique collective d'activités, à l'issue de réflexions consécutives aux échanges sur une problématique, certains se sont positionnés 1) *en mettant en valeur une de leurs compétences* (animer un atelier sur l'homéopathie, écrire un poème, une formation de droit pour conduire un conseil d'administration ou une assemblée générale, la représentation d'une association ou d'une institution), 2) *en marquant leur appartenance au groupe* (en envoyant par exemple ses dates de congés à l'équipe de coordination, en adressant un rapport d'intervention sur un cas, ou en devenant prescripteur de modification -proposer de nouveaux thème ou en supprimer, en intervenant dans le choix d'outils, d'instruments, sur la conception du parcours de marche, la collecte d'accessoires auprès de laboratoires), 3) *en accentuant un comportement* (gaîté – le «blagueur», ou serviabilité, (l'aidante qui aide à servir le café dans le groupe, qui participe s'il faut distribuer les outils), ou une expérience (celle qui s'est remise de plusieurs maladies graves) ou les deux (le bénévole sportif qui vient systématiquement aux ateliers assiste et motive les personnes pendant les activités d'APA ou encore seconde l'éducateur lorsqu'il s'agit de prendre les inscriptions lors du salon).

En conclusion nous avons remarqué un «prendre place» contributif au bon fonctionnement du CareHolder touchant à la fois le domaine des compétences que celui des émotions ou de la cognition. Les ferments de ce «prendre place» ont été considérés par le SG comme des signaux émis par les acteurs et qui ont été réfléchis (au sens de signal renvoyé) par le SG à la

⁹⁴ Nous rappelons que la devise du CareHolder est : «*Si ce n'est toi pour toi, alors qui pour toi- si tu n'es que pour toi, alors qui es tu ?, et si ce n'est pas maintenant, alors quand ?*»

PARTIE V : DISCUSSION

fois aux autres acteurs (mise en valeur d'une place, d'un rôle) et à la fois à l'acteur lui-même (reconnaissance d'une expérience, d'une compétence, d'une qualité).

Cependant, Anzieu précise que le pouvoir créateur (liens, activités nouvelles...) n'est pas infini. Selon l'auteur *« le groupe ne peut se dépasser qu'en s'organisant, c'est-à-dire en se fixant des tâches précises et limitées, articulées à ses objectifs lointains et en différenciant en son sein des fonctions attribuées à des membres différents. La solution consiste donc pour tout groupe à inventer une structure qui concilie son élan initial, sa visée et son enthousiasme premier avec les nécessaires pratiques des actions à préparer et à réaliser »* (p59).

Nous venons de penser le management du processus pour qu'il conduise des parties prenantes indépendantes les unes des autres à se retrouver sur ce « minimal shared », germe de l'action collective. Comment le processus que nous avons décrit jusque là, qui part d'une vision et permet à des personnes de « prendre place » au sein d'un groupe, peut-il structurer le dispositif dans le temps ? Comment dès lors dessiner l'organizing naissant entre vocabulaire (sens) et grammaire (structure)? Comment éviter une stabilisation et une routinisation qui empêcheraient tout développement futur, empêchant également les acteurs (SG et sensemakers) de se saisir de nouveaux signaux ?

2 Relation entre sens et structure

Nous avons compris que fermer la porte à la polysémie conduit à l'enkystement mais aussi que l'absence de structure ne permet pas, à cet animal social que nous sommes, qui appréhende et décode le monde à travers ses sens, de se situer, de prendre place dans un contexte, de se repérer dans un environnement. Laroche (2003 :56) soulève la question du sens et de la structure en expliquant que l'articulation de ces termes se résume à un amalgame « *élevant les structures à la fonction de vecteur de l'information et de la connaissance, soit en les subordonnant à une culture conçue comme réservoir de sens* ». Alors, que, selon l'auteur, Weick propose « *une vision dynamique de cette question* », et « *de la relier directement à l'action* ».

Comment trouver un équilibre entre l'immuable et le mutable (Goffman ; 1974 :197). Entre le stable et l'instable. Nous avons expliqué que très tôt dans le programme nous avons saisi l'opportunité de créer des repères. Ils nous ont conduits sur les voies du rituel et de l'habitude. En effet, suite et parallèlement au processus de création de sens s'est mis en place un processus d'« habitude des acteurs ». Nous allons l'appréhender à travers deux notions, que nous avons remarquées puis accentuées : l'habitude et le rituel.

2.1 L'« habitude »

« Car l'habitude motrice, une fois prise, est un mécanisme, une série de mouvements qui se déterminent les uns les autres : elle est cette partie de nous qui est insérée dans la nature et qui coïncide avec la nature ; elle est la nature même. Or, notre expérience intérieure nous montre dans l'habitude une activité qui a passé, par des degrés insensibles de la conscience à l'inconscience et de la volonté à l'automatisme » (Bergson, Worms, & Marin, 2011)p.15

Nous nous devons de justifier l'introduction de cette notion qui est associée ou parfois employée au même titre que « routine ». Elle nous entraîne à considérer certaines questions sous jacentes. S'agit-il de comportements planifiés ?, de comportements automatiques ?, qu'en est-il de la motivation ? Si l'on part de l'étymologie, routine, vient de route (*via rīrpta*)

PARTIE V : DISCUSSION

« chemin frayé en coupant » qui dès le XVI^{ème} siècle a pris le sens figuré de « ligne de conduite ». Habitude a pour origine les mots latins *habere, habitus* « tenir », « se tenir », d'où progressivement posséder, occuper et finalement avoir. En latin médiéval, *habituare* est « manière d'être ». Dans la littérature des sciences de Gestion, Huet & Lazaric, (2004) p8 rapportent à propos des routines une définition de Reynaud (2001, p. 66). : « *un mode de résolution pragmatique local et temporaire d'un problème auquel les règles donnent une réponse théorique, abstraite et générale* ». Entre comportement motivé (ligne de conduite) et comportement automatiques (manière d'être) s'insère une troisième notion : la règle. Face à la proposition SI... ALORS..., les règles définissent des comportements normés quand les routines définissent des « *modèles* » de comportements. Ils nous invitent à creuser la voie de l'interprétation de règles qui produisant une stabilité témoigne d'une adaptation, d'une reconnaissance d'une situation. A ce moment les auteurs évoquent le réservoir de créativité contenu dans la routine, précédant la mise en œuvre de règles, voire de « manière d'être », d'habitudes.

Mais, cependant, n'est ce pas paradoxal de discuter de l'habitude ou de routines dans une thèse sur la création de sens? N'est ce pas paradoxal, alors que la question « qu'est ce qui se passe ici » fut notre leitmotiv, de faire appel à cette façon d'appivoiser l'inconnu en lui donnant une forme familière (si...alors...), non questionnée, où la répétition du même donne du répit aux esprits les plus tourmentés... L'habitude a mauvaise réputation. Agir par habitude, n'est-ce pas pointer que justement le sens est absent, que les gestes se déroulent sans qu'on y pense, que le reflexe et la routine ont pris le pas sur les trois dimensions que nous avons tenté de relier depuis le début de notre propos : la cognition, les émotions/sensations, la finalité ? Pour autant, la trouve-t-on au cœur d'actes nécessaires à notre vie biologique et sociale et dans nos environnements professionnels et organisationnels.

Nous suggérons alors, de considérer cette notion souvent honnie ou du moins peu valorisée, mais dont l'homme ne peut se débarrasser, sous un angle positif, tel qu'il a participé à la structuration de notre dispositif CareHolder, tant du côté du patient, que du côté des professionnels du soin. Nous examinerons d'une part l'habitude que nous avons tenté d'instaurer pour que les soignants et les patients aient recours au dispositif CareHolder et d'autre part les rituels qui ont scandé les activités d'ETP tout au long de l'histoire racontée...

Pour justifier le recours paradoxal à cette notion, nous nous abritons derrière Pascal, qui dans les Pensées, (Pascal, Brunschvicg, & Pascal, 1966)(section IV, n°252) dit :

« Car il ne faut pas se méconnaître, nous sommes automates autant qu'esprit ; et de là vient que l'instrument par lequel la persuasion se fait n'est pas la seule démonstration. Combien y –a-t-il peu de choses démontrées ! Les preuves ne convainquent que l'esprit. La coutume fait nos preuves les plus fortes et les plus crues ; elle incline l'automate, qui entraîne l'esprit sans qu'il y pense.(...) Il faut donc faire croire nos deux pièces : l'esprit par les raisons, qu'il suffit d'avoir vues une fois en sa vie et l'automate, par la coutume, et en ne lui permettant pas de s'incliner au contraire ». (p449).

Nous retrouvons ici les pragmatistes et James selon qui la régularité vaut bien la certitude et pour qui la croyance est habitude d'action (Cometti, 2010). Nous retrouvons encore (Hume, 1973) pour qui il est inimaginable de vivre sans habitude. En effet, sans habitude, sans ce grand guide de la vie humaine, chaque seconde nous serions plongés dans un chaos dans lequel nous serions constamment bombardés d'impressions insignifiantes. La croyance, la certitude, la conviction que les choses vont se passer de telle façon, sans pour autant être fondée sur la raison, l'habitude, nous permettent de postuler l'avenir. Nous allons donc questionner cette notion à la lumière de notre terrain, création d'habitudes côté soignants, rituels côté patients.

2.2 L'habitude : la répétition

Suivant une pensée qui explore ces actes qui se déploient de manière ordonnée et prévisible, ce caractère « automatique » de l'agir, nous retrouvons Aristote (Aristoteles & Bodéüs, 2005), pour qui l'habitude est positive et moteur de la morale. C'est pour le philosophe une disposition qui nous fait accéder à la vertu. Cette dernière est le fruit, non de l'enseignement mais de l'habitation... Ainsi il nous dit que « *ce qu'on doit apprendre à faire, c'est en le faisant que nous l'apprenons. C'est en bâtissant que l'on devient bâtisseur et en jouant de la cithare que l'on devient cithariste (...)* » (p100). L'habitude sert à inscrire une disposition interne. Il l'assimile à une nature. Une seconde nature puisque dans le cas de l'habitude c'est nous qui sommes à l'origine de l'acquisition de celle-ci.

Comment la répétition fait-elle naître la spontanéité ? (au sens étymologique *sua sponté* signifie de sa propre volonté) ? Comment la répétition peut-elle métamorphoser la volonté en habitude ?

Pour le philosophe, Jean-Gaspard-Félix Laché Ravaisson, l'habitude place les choses dans une sorte d'immédiateté qui, supprimant les médiations « *la nature n'est donc, (...) que*

PARTIE V : DISCUSSION

l'immédiation de la fin et du principe » (Ravaisson et Marin 2007 :54) efface la distance entre nous et notre but. Elle change notre rapport au temps, elle libère notre action, la rend plus sûre (Ravaisson & Marin, 2007).

Elle libère aussi notre pensée. Dès la première page de sa thèse, en 1838 « De l'Habitude », cet élève de Schelling, de Cousin, définit « *l'habitude acquise* » (p7) comme étant la conséquence d'un changement. Avant l'habitude le geste est laborieux, difficile, non disponible immédiatement. La synthèse n'est pas homogène entre la « fin » et son « principe » p54. La répétition du geste, l'exercice, permettent d'abolir les médiations entre le geste et son but. L'habitude incarne l'idée dans le corps, replie, referme l'horizon de la distinction rendant ainsi l'idée substantielle. Pour notre pensée représentative qui se produit dans l'horizon de la médiation, « *ce qui engendre une habitude dans l'être, ce n'est pas tant le changement, en tant qu'il modifie l'être seulement, mais en tant qu'il s'accomplit dans le temps.*» Ravaisson *ibid.* p.8. Le temps et la répétition sont capables d'imprimer l'habitude, de nous faire passer d'un mode de pensée à un autre mode de pensée, certes plus « obscur » (Marin, 2003). Pour Ravaisson *ibid.*, l'habitude n'est pas simplement un mécanisme passif, mais un mécanisme qui a été volontaire la première fois et qui dans l'ordre de la réitération empirique devient progressivement cette « *seconde nature* » (p.51).

« (...) *plus l'être vivant a répété ou prolongé un changement qui a son origine en lui, plus encore il le produit et semble tendre à le reproduire. Le changement qui lui est venu du dehors lui devient donc de plus en plus étranger ; le changement qui lui est venu de lui-même lui devient de plus en plus propre. La réceptivité diminue, la spontanéité augmente. Telle est la loi générale de la disposition, de l'habitude, que la continuité ou l'a répétition du changement semble engendrer dans tout être vivant.* » (Ravaisson & Marin, 2007) p15/16.

La pensée est donc volontaire, c'est une idée incarnée, elle n'est pas du côté de l'instinct ou d'un mécanisme aveugle mais reste dans l'intelligence. Quand l'habitude se produit, elle vient d'une volonté, d'un projet transformé en spontanéité agissante. Ce n'est pas une force étrangère qui dirige les actes mais la même force qui s'abandonne à l'attrait de sa propre pensée. L'habitude est alors définie comme une « activité obscure » fruit de la transformation du mouvement volontaire en mouvement involontaire par abolissement de l'effort (Marin, 2003).

Après avoir subi les tourments de l'équivocité, notre intelligence paresseuse aurait-elle besoin de se réconcilier avec son environnement pour retrouver la paix ? L'habitude, ce retour

PARTIE V : DISCUSSION

du même, recouvre le chaos de stabilité. Après avoir été exposés à un changement écologique, nous mettons en place une relation entre les indices prélevés dans l'environnement et nos cadres de référence.

Ce que nous exprimons est clairement montré dans ce texte canonique de Hume où l'habitude, la répétition, fait passer de l'idée de conjonction (une boule en frappe une autre et le choc se produit) à l'idée de connexion (parce que la première boule frappe l'autre, celle-ci se met en mouvement). Cette répétition produit une tendance qui fait que nous attendons que le futur se conforme au passé. Pour le philosophe, ce que nous appelons « nature » est en fait cette croyance qu'un événement qui se reproduit plusieurs fois (le jour succède à la nuit...) devient une constante, même si aucune preuve ne nous permet de l'affirmer (avant de comprendre que le jour succède à la nuit, je « sais » que demain le jour se lèvera...) Il n'y a pas d'un côté l'entendement et de l'autre la croyance : mes inférences causales sont croyances. Aussi, nous cherchons à créer une relation entre « les patients participent à des ateliers de prévention et d'éducation dispensés par les participants du CareHolder »⁹⁵ et « ces ateliers sont bénéfiques pour les patients » et pensons qu'ainsi, un lien s'établira progressivement qui conduira à adresser des patients dans les ateliers. Nous imaginons même de créer une relation entre « mes confrères participent à un dispositif de santé » et « c'est un dispositif bénéfique aux patients dans le domaine de la prévention », voire de créer un automatisme « SI j'ai à faire à une personne âgée vulnérable (ou insuffisante cardiaque...), ALORS, je l'adresse à la coordinatrice du Canton Vert »

« La première fois qu'un homme vit le mouvement se communiquer par impulsion, par exemple par le choc de deux billes de billard, il ne put affirmer que l'un des événements était en connexion avec l'autre ; il affirma seulement qu'il y avait conjonction. Une fois qu'il eut observé plusieurs cas de cette nature, alors il affirma que le fait était en connexion. Quel changement s'est produit pour donner naissance à cette nouvelle idée de connexion ? Rien, sinon que maintenant cet homme sent que ces événements sont en connexion dans son imagination et qu'il peut aisément prédire l'existence de l'un de l'apparition de l'autre. Quand nous disons donc qu'un objet est lié par connexion avec un autre, nous signifions seulement qu'ils ont acquis une connexion dans notre pensée et qu'ils donnent naissance à

⁹⁵ Nous avons précisé précédemment que cette « catégorie d'acteur » avait constitué un « signal » fort. En effet aucun soignant, aucun bénévole, aucun représentant d'association ou d'institution, ne sont restés indifférents à l'expression de bien être et d'intérêt des patients dans les ateliers ou les autres manifestations. En annexe de ce document nous retrouvons ainsi le courrier d'un cardiologue nous manifestant son approbation quant à la participation de sa patiente au programme IC-CARE-TOP.

PARTIE V : DISCUSSION

l'inférence qui fait de chacun d'eux la preuve de l'existence de l'autre» (Malherbe, 1994) citant Hume, p66/67.

(Brahami, 2003) explique que pour Hume, nous nous rapportons à notre environnement par l'expérience. Notre « *processus de formation* » (Berger & Luckmann ; 2012 : 103) est le fruit d'une interaction avec notre environnement. Notre cadre théorique s'inscrit dans un paradigme où c'est moins la réalité que les perceptions des acteurs qui priment lorsqu'il s'agit de produire du sens dans les organisations. Nos croyances sont des copies de nos impressions sensibles et sont donc comme elles, ponctuelles, labiles et contingentes... De l'idée évoquée de l'habitude comme seconde nature, nous passons à l'idée de l'homme qui « *construit sa propre nature, (...) l'homme qui se produit lui-même* » (Berger & Luckmann ; 2012 : 104). La lecture de Brahami (2003) nous invite à rejoindre Berger & Luckmann (2012) pour retenir que cette « construction » se soumet à la répétition du même:

« Toutes les fois que la répétition d'un acte ou d'une opération particulière produit une tendance à renouveler le même acte ou la même opération, sans qu'on y soit poussé par un raisonnement, nous disons toujours que cette tendance est l'effet de la coutume⁹⁶. En employant ce mot nous ne prétendons pas donner la raison dernière de cette tendance. Nous indiquons seulement un principe de la nature humaine, universellement admis et qui est bien connu par ses effets. (...) L'habitude est par là même le grand guide de la vie. C'est ce principe seul qui nous rend notre expérience profitable et nous fait attendre dans l'avenir une suite d'évènements semblables à ceux que nous avons constaté dans le passé. » Hume in (Thonnard, 1963).

Pour Berger & Luckmann (2012 :110) «*toute action répétée fréquemment se fonde dans un modèle, qui peut ainsi être reproduit avec peu d'effort et qui, ipso facto, est appréhendé par son auteur comme modèle* » Pour les auteurs, comme pour le philosophe Ravaisson, habitude sous entend que l'action ou le geste seront reproduit dans le futur avec « *économie d'effort* » mais « *conserveront leur sens* » (Berger & Luckmann 2012 :110), ils restent dans « *l'activité intelligente où ils avaient pris naissance* » (Ravaisson & Marin 2003 :48), avec simplement « *toujours la même force qui s'abandonne de plus en plus à l'attrait de sa propre*

⁹⁶ Hume emploie indifféremment les termes de custom or habit. Il ne semble pas qu'il y ait comme en français une distinction entre une coutume et l'habitude. En effet, la coutume renvoie chez nous à des usages collectifs, l'habitude étant une manière d'être plus personnelle.

PARTIE V : DISCUSSION

pensée ». Pour Berger & Luckmann *ibid.*, «*ces processus d'accoutumance précèdent toute institutionnalisation* » (p111)...

Nous sommes bien donc ici dans la question posée par Weick (1990 ; 1993) entre perte de sens qui empêche coopération (Mann Gulch) et la force de coercition (Tenerife) qui inhibe la recherche de signification.

Pour le CareHolder, nous réfléchissons à une habitude à une action collective coordonnée, consécutive à des significations construites pendant la pratiques d'activités collectives de soin (ETP), semées et conduites par le sensegiver,. En effet, nous avons envisagé le rôle du sensegiver selon plusieurs temps, le premier consistant à « visionner », le second à « animer ». Cette phase, consistant à émettre des signaux et à conduire le processus de sensemaking. Le SG permet aux cinq phases du processus de sensemaking (partie II, §2.3.5)⁹⁷ de se dérouler. Le SG offre l'occasion aux sensemakers (y compris lui-même) de faire des connexions, la répétition permet de s'installer dans le rôle qu'il s'est choisi ou de confirmer ses choix (en matière de comportement par exemple). La phase « semer » initie les interactions, les partages de signification, la création de relations entre les participants. La phase « conduire » accentue pour chacun la possibilité de prendre place dans un rôle que nous avons qualifié de rôle « voulu ».

Exemple : De la création de sens au « prendre place »

⁹⁷ Nous rappelons ici que ces cinq phases sont 1) collecter les informations et à analyser le contexte (phase d'effectuation) ; 2) connecter les données récoltées au sein d'un cadre qui leur permet de comparer ou de compléter leurs propres données.(phase de triangulation) ; 3) phase de partage au cours de laquelle il y a négociation du sens entre les personnes (phase d'affiliation) ;4) phase à nouveau personnelle qui permet à chacun d'attribuer un sens qui lui est propre mais a été construit collectivement. C'est une étape de simplification (phase de délibération) ; 5) enfin la cinquième et dernière phase autorise la mise en œuvre du contexte et des représentations développées. Ici il s'agit de pouvoir confirmer le choix élaboré au cours des étapes précédentes (phase de consolidation).

PARTIE V : DISCUSSION

Par exemple, en demandant à la personne qui a spontanément souhaité lire un poème la première fois d'en lire un nouveau pour une occasion spéciale (ex le salon du bien vieillir) ou en n'omettant pas de ménager un moment à la fin de chaque séance pour qu'elle le fasse ; ou encore en réitérant les ateliers sur les médecines douces et donc contribuant ainsi à « installer » le médecin dans ce rôle d'expert.

Exemple : Choix de rôles « voulus »

Un médecin qui se positionne comme expert en médecines complémentaires, qui anime des ateliers sur la phytothérapie, l'homéopathie, l'hypnose... Ainsi lors de la réunion de préparation du salon du bien vieillir, pour l'organisation de la table ronde sur l'ostéoporose, le médecin a voulu évoquer le rôle de la micro nutrition et choisi comme sujet les oligoéléments et les vitamines.

L'habitude n'est pas à considérer sous un côté négatif, comme une *raideur de la mécanique*⁹⁸ mais comme issue d'un processus d'intériorisation. Le sensé donner un élan (ie mise en relation, changement de comportement, installation dans un rôle voulu), la répétition « imprime » cet élan (dans le prendre place par exemple, mais aussi en thérapeutique dans la modification d'un comportement). Tandis qu'elle produit une stabilisation d'un mouvement innovant qui vise à devenir une norme, une nouvelle façon de faire reconnue par les acteurs (i.e. institutionnalisation), l'activité collective de soin, sous l'influence du SG qui joue sur l'équivocité, installe dans un « cercle vertueux » et ainsi se lie « sens et structure » dans l'organisation (Laroche, 2003 :55).

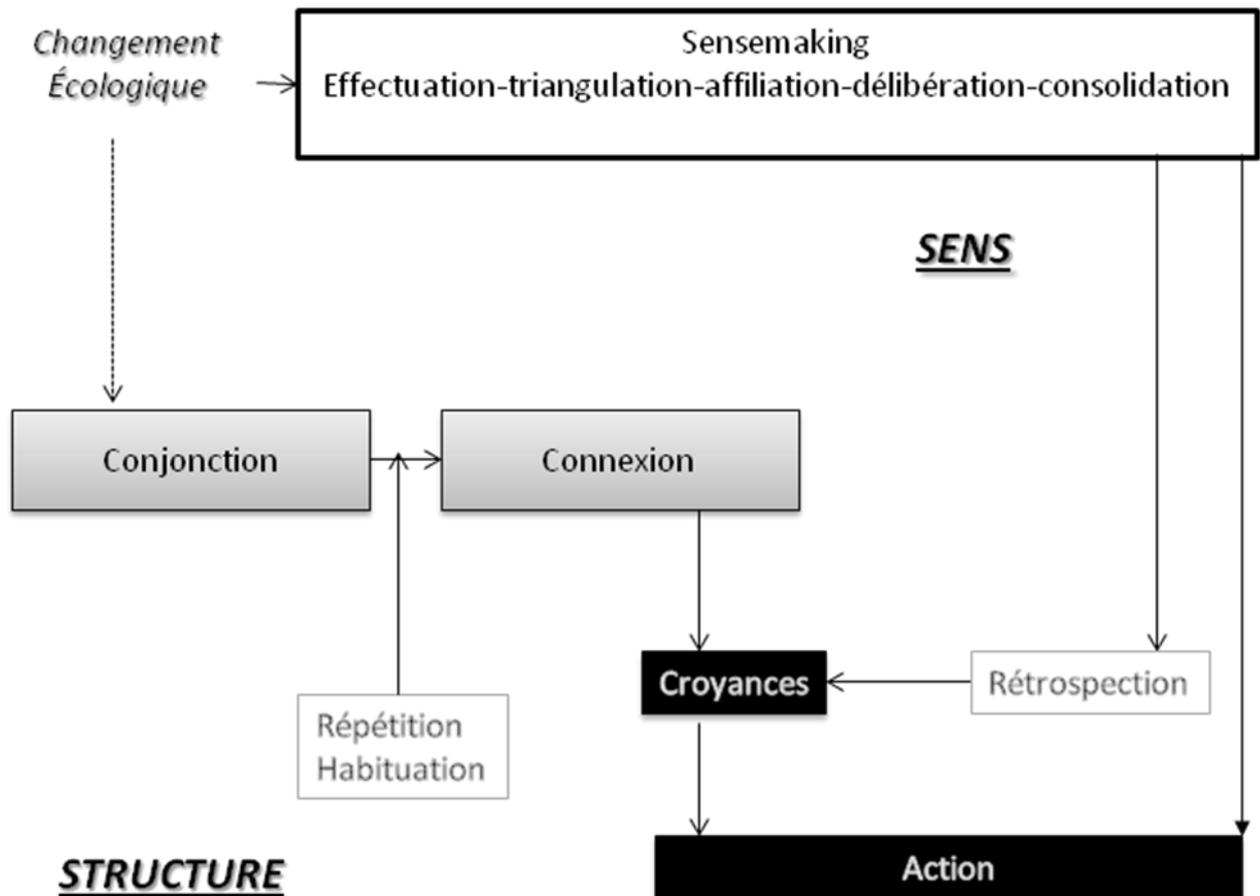
Dans le texte cité en tête de ce chapitre, Bergson dit que « *l'habitude avait imprimé un élan* ». Nous retenons cette expression ainsi que l'habitude est continuité, confiance. Elle libère. Mais la suite de l'extrait cité en épigraphe de cette partie fait échos aux travaux de Weick (2007). Ici, il étudie le cas de High Reliability Organizations (HROs). Des situations habituelles, des routines endorment la vigilance vis-à-vis de petits indices insignifiants. Elles perturbent et ralentissent les réactions dans plusieurs cas : quand un événement qui doit se produire ne se produit pas, quand un événement non attendu se produit, ou encore quand un événement impensable arrive. Comment dès lors trouver un équilibre entre sens et structure ?

⁹⁸ En disant cela nous faisons référence à l'extrait tiré de l'ouvrage sur le rire de Bergson cité en début de partie.

PARTIE V : DISCUSSION

Tenter de répondre à cette question nous a donc conduites à explorer deux voies qui poussent l'acteur à agir face à un changement écologique. Nous proposons de les illustrer dans le schéma ci-dessous, en les unissant par leur point de départ commun le changement écologique et leur aboutissement : l'action.

Schéma 15 Entre sens et structure



Partant de la question de l'équilibre à trouver entre sens et structure, équilibre qui selon Sennett (2013 :128) dépend de l'échange, et observant le CareHolder en train de se constituer, nous nous sommes intéressées à un concept, dont les effets se manifestent aussi bien au niveau du sujet qu'au niveau du groupe, sont porteur de sens et vecteurs d'identités (Segalen, 2009) : le rituel.

Nous donnerons à lire, dans un premier temps, une compréhension de cette notion pour la définir et en cerner les propriétés. Puis nous illustrerons différentes dimensions retenues sur notre terrain de recherche. Enfin, nous conclurons sur le rôle du sensegiver en résumant en un schéma le résultat auxquels nous sommes parvenues. (Partie V, §2.2).

2.3 Le rituel : la répétition et le sens

A côté de ce que nous venons de saisir et avant d'envisager d'approfondir la notion de rituel au sein de notre projet de recherche, nous allons rappeler que le mot latin *ritus* désigne des habitudes sociales, us et coutumes, c'est-à-dire des manières d'agir se reproduisant avec une certaine invariabilité (Cazeneuve, 1971:13) ; un ordre prescrit (Segalen, 2009 :13).

Cazeneuve *op.cité*, met en valeur le rôle important que joue la répétition dans le rite. Elle nous permet de rester dans le cadre de notre propos qui est de comprendre comment l'habitude est structurante pour une pratique, dont le sens est construit collectivement, tout en restant l'apanage de l'individu (ie, nous rappelons que nous cherchons une construction collective de sens, non pas une construction de sens collectif). Mais elle dévoile aussi une rigidité, une solidité particulière dans son invariabilité qui fait que l'auteur pour qualifier le rituel utilise la métaphore du squelette et qui nous entraîne vers une utilité collective du rituel.

Notons que, Jeffrey, (2003) prolonge l'idée de répétition monotone en établissant que le rituel est là **pour donner à vivre du sens**. Pascal nous a enseigné que nous sommes automates autant qu'esprits. La sociologie thomiste nous apprend que le phénomène social ne se démarque pas de la psychologie humaine. Si l'homme est à la fois âme et corps, alors la communication de l'intelligible passera par des signes. Des symboles, ayant une consistance propre (signe-image, signe-concret, « *res* »), mais véhiculant une relation de signification « *verbum* » (Travers, 1946). Ainsi, Sennett (2013) précise que le rituel se nourrit de ces deux types de symboles, le symbole *emblème* et le symbole *évocation* et que pour peu que l' « *on y pense assez fort* » (p125) la représentation est un tremplin pour l'évocation.

Wulf (2005), traduit par Nicole Gabriel abonde que les rituels, qu'il définit comme des actions dans lesquelles sont mises en scène des représentations du corps humains occupant une place centrale, sont parmi les formes les plus efficaces de communication humaine. Ils unissent partage d'information et éléments expressifs (Sennett, 2013).

Nous poursuivons alors l'élaboration de notre trame dans laquelle nous avons exploré la nécessité de la répétition, par une répétition particulière, symbolique, car chargée de signification dépassant une communication uniquement langagière : le rituel.

De quoi parlons nous quand nous évoquons ce comportement archaïque mais cependant constant ? Pour (Rivière, 1995) « *Les rites sont toujours à considérer comme un ensemble de conduites individuelles ou collectives, relativement codifiées, ayant un support corporel*

PARTIE V : DISCUSSION

(verbal, gestuel, postural), à caractère plus ou moins répétitif, à forte charge symbolique pour les acteurs et habituellement pour leurs témoins, fondé sur une adhésion mentale, éventuellement non conscientisée, à des valeurs relatives à des choix sociaux jugés importants, et dont l'efficacité attendue ne relève pas d'une logique purement empirique qui s'épuiserait dans l'instrumentalité technique du lien cause-effet»

Wathee-Delmotte, (2010) précise que le rite est aisément discernable par la rigidité de sa structure, induite par son caractère symbolique. Il impose des étapes, des rôles fixes, et repose sur un ensemble de règles dont le respect conditionne la production des effets attendus selon un modèle reconnu pertinent parce que symboliquement signifiant, même si d'ailleurs cette signification n'est pas nécessairement conscientisée. Les auteurs retrouvent systématiquement dans le rite 3 composantes indispensables 1) un caractère institué, 2) l'appel à un « nous » et 3) la mise en jeu de la sensibilité.

L'encadré ci-dessous rappelle la façon dont est née la notion de rituel au sein du CareHolder

PARTIE V : DISCUSSION

Le caractère institué du rite est né dans le groupe de patient. Nous avons tout d'abord, pour des raisons logistiques établi que les ateliers se dérouleraient tous les 2èmes et 4èmes mardis de chaque mois (nous n'avions pas de secrétaire pour prévenir systématiquement les gens du calendrier des séances et nous devions aussi trouver un moyen simple pour que les personnes retiennent les dates des ateliers).

Dès les premières séances du programme AC'Santé Allauch, pour offrir un temps de transition entre l'effort qui les avait conduit sur le lieu de la réunion et le démarrage d'une réflexion collective, une ancienne collaboratrice de l'ACSCV animait en début de séance, un temps de « relaxation et de réveil articulaire ». Cette collaboratrice ayant quitté le poste, la séance démarra un jour sans cette « transition ». Il y eu d'emblée de nombreuses remarques dans le groupe ainsi que nous l'avons décrit (partie III, §3) et avons du, grâce à une formation appropriée que nous avons reçue, (mais très peu pratiquée !) remplacer au pied levé l'animatrice de ce moment de relaxation. Nous l'avons par la suite reproduit à chaque séance.

D'autres rituels, mis en valeur par le SG, sont alors apparus. Nous avons saisi l'opportunité qu'une poétesse se déclare dans notre groupe et qu'elle lise deux fois de suite de très émouvants poèmes de sa composition, pour lui en réclamer à chaque manifestation. Nous avons proposé une pause goûter entre la partie expression collective et la partie d'explications données par l'expert...

Enfin, séduites par la facilité logistique qu'offre une réunion instituée à jour fixe, mais aussi de la proposition de Sennett (2013) selon qui les rituels peuvent être d'une « grande banalité » p120, nous avons réuni les professionnels de santé le dernier mercredi de chaque mois impair, sur le même lieu selon le même déroulement.

La respiration en cadence des participants (y compris les soignants) lors de nos introductions de séance ont créé un « nous » pratiquant les mêmes gestes en même temps.

Alors que comme le rappelle (Brassier-Rodrigues, 2015) la question des rituels est d'abord restée dans le domaine du sacré, du religieux, du « passage », la question des rites profanes a progressivement intéressé les domaines de la sociologie, de l'anthropologie, de l'ethnologie ou de la psychologie. Peut être est-ce à l'occasion d'un questionnement sur un désenchantement du monde, ou tout simplement parce qu'ils ne sont, non pas une compensation, mais constituent la clef d'explication de certains de nos comportements habituels ? (Rivière, 1995). De fait, ils ont été remarqués par Luc de Heusch dans trois grands types de situations, marquant ainsi trois catégories de rituels : *cycliques* (inscription dans la permanence), *occasionnels* (en réponse à des menaces) ou *transitifs* (pour marquer une étape ou un passage) (Centlivres, 2000).

Comme nous venons de le rappeler dans l'encadré précédent, nous avons reconnu principalement le caractère cyclique du rite, inscrivant par la répétition l'existence du

PARTIE V : DISCUSSION

CareHolder dans le temps et dans l'espace. Cependant, des événements occasionnels ont également porté en eux un caractère répétitif marquant la signification de l'évènement. Ainsi, à chaque «évènement» marquant (essentiellement les Salons), nous avons introduit la journée par un discours à la fois du Président de l'ACSCV et des représentants officiels des mairies d'Allauch et Plan de Cuques. Enfin, nous procéderons à l'inauguration du parcours de marche « Le Jardin du PAS », selon un cérémoniel courant : la coupure du ruban d'inauguration, par l'Adjointe au Maire déléguée à la santé. Ces rites occasionnels étant porteurs de la reconnaissance institutionnelle du groupe se constituant et des réalisations accomplies.

Brassier-Rodrigues *ibid.*, a également étudié les rituels en les décomposant sous la forme de leurs comportements observables, se basant ainsi sur la définition de Wulf & Gabriel (2005) en observant l'impact sur *l'agir social* (gestes, tâches au moment des interactions), *l'agir langagier* (mots prononcés) et *l'agir esthétique* (mise en scène des corps). Nous retrouvons effectivement au sein de notre dispositif ces trois éléments : «structuration» des réunions identique, mots prononcés lors du moment de «relaxation et réveil articulaires» identiques et prononcés un ton identique à chaque réunion ; agir esthétique retrouvé dans ces moments de «relaxation et réveil articulaires», mais aussi lors des interventions des professionnels (position, tenue vestimentaires – les PH sont en blouse ainsi que le montre la photo ci-dessous...)



Après Midi Thématique 12/6/15



Après Midi Thématique 27/5/14

En conclusion, ainsi que le remarquent Voyé, (1995) dès les premières lignes de son propos et Segalen (2009), l'intérêt porté au rituel s'est déplacé d'un objet d'étude, sulfureux, dévalorisé, où les manières de faire sont invariables, où les pratiques cérémonielles sont jugées désuètes par une spiritualité émancipée, à un objet d'étude du monde contemporain, où le rite prend place dans des domaines qui touchent au lien social, au sentiment d'appartenance. Les séquences de rôles, de valeurs, et de communication que les rites véhiculent ont un retentissement à la fois affectif et symbolique. Et bien qu'ils opèrent dans une grammaire

PARTIE V : DISCUSSION

symbolique, ils n'en demeurent pas moins « un lieu de dialogue entre sujet et institution » (Dianteill, et al. 2004).

Après avoir défini et lu ce « *concept attrape-tout (...) défini et théorisé pour de petites sociétés stables et cohérentes* » (Segalen, 2009 :115), nous allons tenter dans le tableau ci dessous de résumer la variété des approches évoquées dans la littérature donc la plupart ont été lues dans notre terrain (à l'exception du dernier thème qui touche à l'accompagnement du passage) et que nous avons brièvement rappelés dans cette partie ou détaillés dans la partie III de ce document. Nous concluons ensuite sur les dimensions du rituel et de leurs conséquences sur les individus et sur le groupe que nous avons pu illustrer dans notre terrain.

PARTIE V : DISCUSSION

Tableau 27 Fonction et propriétés du RITUEL

Thèmes abordés dans la littérature étudiée	Fonctions / propriétés retenues	Auteurs
Fonction symbolique	<p>Le rituel (ou rite ? éternelle question chez nous. Mais ici : prendre un seul terme : rite ?) est porteur de sens « pour être efficace, le rituel doit donner à vivre du sens qui transcende l'acte lui-même » Jeffrey,(2003 :37).</p> <p>Véhicule des idéologies, des émotions, des éléments d'identité</p> <p>Passage de la dramatisation « quasi-théâtrale » à l'action rituelle</p>	<p>Travers, (1946) Jeffrey,(2003) J(Jardel & Loridon, 2000) Jeffrey, (2012) (Turner, 1975)</p>
Fonction anxiolytique	<p>Répétition de gestes familiers et éprouvés face à l'incertitude, au hasard, à l'inconnu. Stabilité face à l'instabilité</p> <p>« négociation avec une altérité⁹⁹ qui nous dépasse » (Rivière 2008 :88)</p> <p>Déclenchent des mécanismes de maîtrise de la crise (chez les psychotiques notamment : Troubles Obsessionnels Compulsifs)</p> <p>Interviennent pour habiller les angoisses liées à la mort</p>	<p>(Rivière, 2008) Domaine de la psychiatrie</p>
Fonction sociale	<p><u>Structure et cohésion sociale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification : Unité du groupe par rapport à l'extérieur : le rituel permet de se différencier des autres groupes Jeffrey (2011) • Ordre : « mode d'emploi pour agir avec les autres », « concilie le <i>nous-autres</i> avec le <i>moi-je</i> » Le Breton, (2005). Répartition des tâches, planification... Ils sont un élément de cadrage du groupe (temps, espace) <p><u>Communication</u></p>	<p>Durkheim & Adloff, (1960) (Bourdieu, 1982) (Van Gennep, 1969) (Schechner, 2013)Le Breton, (2005) Wulf, (2003)</p>

⁹⁹ Ici Altérité est entendue au sens de « tout ce qui nous dépasse »

PARTIE V : DISCUSSION

	<ul style="list-style-type: none"> • Régulation des interactions. Maintien de la face. Pour Goffman, (1974 :42), ils proviennent d'une nécessité inhérente à l'organisation de rencontres sociales et leur apparente insignifiance comble la vulnérabilité de chacun dans l'interaction • Unité du groupe en interne (régulation des luttes internes) <p><u>Expression</u> En s'appuyant sur deux types de symboles, des symboles comme représentation ou comme évocation</p> <p><u>Affiliation, incorporation à une communauté,</u> Invite les individus à rentrer dans le jeu et à en accepter les règles</p>	<p>(Goffman, 1974) Picard (1996)</p> <p>(Cazeneuve, 1971) (Jeffrey, 2003) Sennett, (2013)</p>
Rythme la vie sociale	<p>Scansion de la durée, cycle des saisons. Les actions rituelles ont un début et une fin, une structure temporelle propre. Régulation des interactions sociales quotidiennes Réunions programmées à rythme régulier</p>	<p>Lardellier (2013) Wulf (2005) (Jardel & Lorida, 2000)</p>
Développement de la subjectivité	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagne la transformation d'un individu • « <i>donnent à l'individu la possibilité de faire l'expérience de soi même et de se développer par l'intermédiaire de processus sociaux</i> » (Wulf 2005) 	<p>Wulf (2005) Jeffrey (2011) (Cazeneuve, 1971) (Jeffrey, 2003)</p>
Aspect pratique et performatif	<p><i>Agir rituel qui permet aux communautés de se former, de se maintenir</i> Mise en œuvre de dispositifs sociaux organisés par le biais d'une action sociale qui produit du sens La corporéité met en scène l'être humain, son rapport à autrui et crée le social. Abolition des différences dans une même pratique Création de « ponts » entre individus et cultures différentes (Wulf 2005)</p>	<p>(Bourdieu, 1972) Wulf (2005) (Schechner, 2013)</p>
Impact sur les rôles et identités sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en évidence d'un double processus opéré par le rituel de dé-contextualisation et re-contextualisation mettant en évidence un rapport de place modifié au cours du rituel (l'auteure le montre à l'occasion de l'étude du rituel entourant la pause café et ou un niveau d'autorité informel se met en place face à l'autorité formelle conférée par le statut). • Déclenchent et intensifient les processus mimétiques • Créateur de savoirs pratiques (incarnation de forme d'action) 	<p>(Brassier-Rodrigues, 2015) Wulf (2005)</p>

PARTIE V : DISCUSSION

Régulation de la charge affective	<ul style="list-style-type: none"> • Réducteur ou inducteur de la vie affective <p>Dans des moments comme la mort, la sexualité, mais peuvent aussi utiliser la charge émotionnelle d'un évènement pour créer une communauté autour d'une <i>forte</i> charge émotionnelle comme le décès d'une princesse ou une coupe du monde de football</p>	Jeffrey (2011) (Segalen, 2009)
Accompagne la transformation, le passage	Initiation Canalisation d'un changement Accompagnement d'un passage, <ul style="list-style-type: none"> • promotion de changement statutaire, 	

2.4 Conclusion de la pratique du rituel dans notre terrain

Nous n'avons pas réussi à ce jour (mais nous continuerons à occuper notre terrain après l'achèvement de ce document) à pousser plus loin la mise en œuvre du rituel dans le groupe de soignants. Le SG, nous l'avons vu en a activé la dimension cyclique et l'agir social. Le « *contenu symbolique des formes de communication et d'interaction* » (Wulf 2005) fait très peu intervenir la corporéité dans le groupe de soignants et ne va pas plus loin que le partage de repas. Dans ce cas nous considérons le rite comme habitude (ie son action sur les corps se limite au partage d'un repas et non à la synchronisation de mouvements comme dans le groupe de patients). Nous retrouvons la régulation de la vie collective (OSSIPOW, 2011), un dispositif concret temporellement et spatialement situé, mais tout de même porteur d'une dimension symbolique car artefact de « mise en sens » de certaines informations.

En revanche dans le groupe thérapeutique :1) Nous avons pu introduire une temporalité spécifique : ouverture de la séance par relaxation et réveil articulaire, pause goûté au milieu et lecture du poème en clôture. 2) La dimension performative a plus été mise en évidence. La pratique de la séquence de relaxation en début de séance a permis aux personnes de vivre une expérience signifiante (respirer et bouger en cadence). L'introduction de la corporéité a donné à voir une homogénéité, une stabilité et un caractère immuable. Nous avons même prolongé cette expérience en proposant aux personnes de continuer à « pratiquer » chez elles, pendant les vacances, une activité physique adaptée proche de celle pratiquée dans les ateliers et illustrée dans un carnet qui leur a été remis à lors de la dernière séance de l'année et qui est joint en annexe de ce document Beaucoup de nos clientes de la pharmacie nous ont rapporté « *qu'elles faisaient bien les exercices conseillés tous les jours* » !

Le SG a cherché à concrétiser le partage d'un vécu commun original (ie propre à notre groupe), dans lequel les statuts (professionnels versus patients) sont abolis, les rapports de place sont modifiés. Ici le rituel permet de mettre au jour la consécration de la notion de « prendre place » Lorsque notre poétesse procède à la clôture de la séance, nous assistons à la fois à un agir esthétique (mise en scène des corps) et à un agir cyclique (fin de l'atelier) qui affirme la place prise par la personne dans le groupe. L'épisode de « relaxation et réveil articulaire » participe également de ce rapport de place modifié lorsque les soignants effectuent en cadence les mêmes « gestes » que les patients.

PARTIE V : DISCUSSION

Nous validerons également que ce rituel à «reçu une lecture polysémique sans rien perdre de sa magie sociale » (Wulf 2005). En effet, la lecture donnée par les soignants et les patients à fait l'objet d'interprétations différentes (désir de promouvoir des médecines plus douces, nécessité d'abaisser le seuil d'excitabilité, respiration qui passe au second plan pour laisser la primeur au « réveil articulaire » qui se produit concomitamment, activité...).

Enfin, nous pouvons confirmer la présence de « cinq constantes » répertoriées par (Jeffrey, 2011) : 1) répétition de la performance corporelle pratiquée individuellement ou collectivement, 2) une référence à des représentations symboliques porteuses de significations conscientes et inconscientes, 3) une scénarisation, une théâtralisation ou une mise en scène plus ou moins formalisée des représentations symboliques, 4) la régulation de charges émotives, 5) son efficacité. Là encore nous avons recours à l'épisode de « relaxation et réveil articulaire » pour illustrer toutes ces dimensions. En effet, il est pratiqué collectivement dans les ateliers et/ou reproduit par la personne chez elle à distance des séances. Cette pratique fait référence à un état de bien être recherché, met en scène les corps, crée un sas entre l'agitation consécutive à l'arrivée sur le lieu des séances et le corps de la séance. Elle a également participé du lien social et de l'identité du groupe.

Nous pensons que ce rituel à participé **de façon centrale** à établir le lien dans le groupe de patients et à « entériner » certains changements dans les pratiques des soignants (notamment le rituel a participé à abolir la position soignant-patient). Mais nous retiendrons de (Sennett, 2013) « *que les rituels s'enlisent s'ils demeurent figés au premier stade de l'apprentissage, celui de l'habitude ; ils se renouvellent dès lors qu'ils passent par tout le rythme de la pratique* ». Alors le rôle du SG consiste à activer ce rite de manière non figée.

2.5 Peut-on alors conserver le terme de « donneur de sens » ?

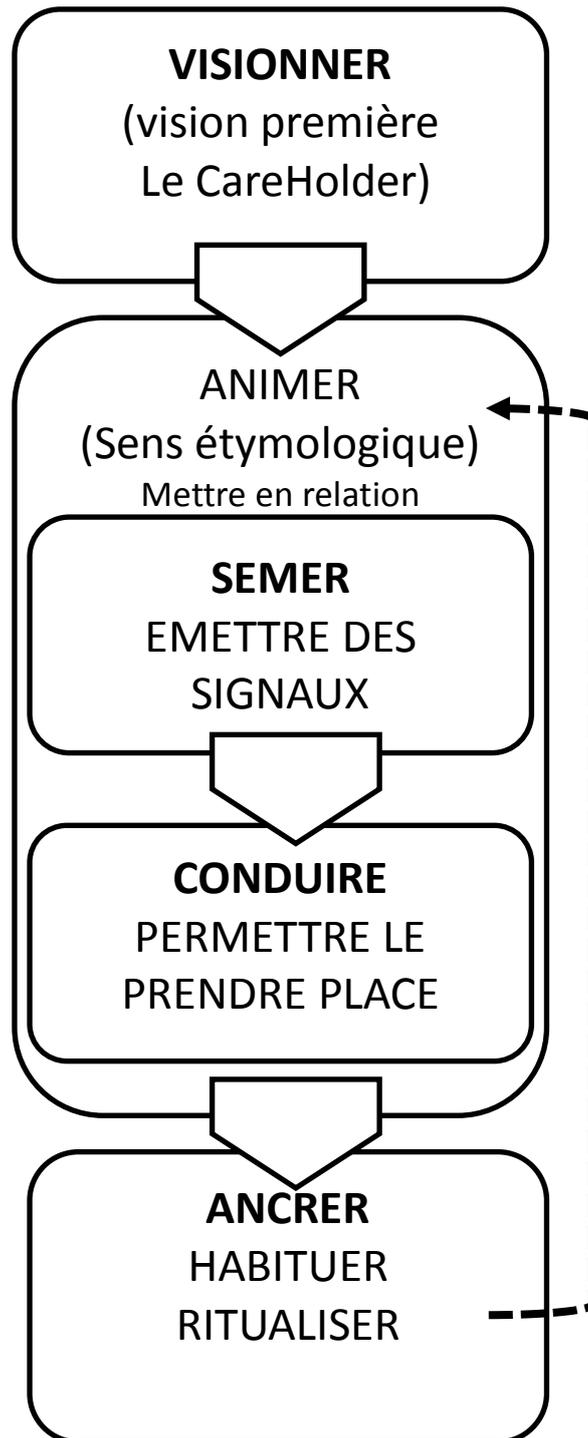
Nous avons dit que (Boutiba & Kammoun, 2015) soulignaient que le rôle de sensegiver était peu présent dans l'œuvre de Weick. Cela nous paraît aujourd'hui cohérent dans la mesure où le processus ne nous a pas conduites à « donner » à proprement parler un nouveau sens à des acteurs confrontés à une équivocité que certes, nous avons « provoquée ». Nous les avons laissé s'emparer des indices que nous *semions*.

Nous avons « animé » une idée première, le CareHolder, (au sens étymologique: *donner une âme* à une vision d'un dispositif) en créant des situations dans lesquelles, par le biais d'interactions, un processus de création collective de sens pouvait donner naissance et croître

PARTIE V : DISCUSSION

sous l'influence de cette vision première mais remaniable et remaniée en fonction des avancées du processus. Nous avons totalement associé la pensée des acteurs (le sens qu'ils ont donné) à celui de leurs actions, en nous attachant à produire une dynamique sociale. Nous avons souligné que le comportement de catégories d'acteurs (ie les patients dans les ateliers, les différents professionnels impliqués à nos côtés) ont été des signaux extrêmement forts perçus par ces acteurs alors agissant en tant que sensemakers. L'importance à ce moment du SG pour relayer l'émission et la réception de ces signaux nous a paru si cruciale que les deux premières étapes: semer et conduire se sont fondues en une seule qui consiste à ANIMER la vision de départ. Là, grâce à la dynamique collective, des conceptions nouvelles se sont manifestées à travers des comportements et des actes dans le « prendre place ». Cependant, à cette exploration de la voie du sensemaking pour conduire à l'action coordonnée a posé la question de la structuration dans le temps de ce processus. Le SG a exploré une seconde voie, celle de la répétition d'un presque même, ancrant des comportements dans des pratiques devenant progressivement des habitudes d'action, génératrices à leur tour de signaux alimentant un processus de sensemaking animé par le sensegiver. Le schéma ci-dessous propose alors de résumer le résultat obtenu quant au rôle du sensegiver :

Schéma 16 Rôle du sensegiver, (source : élaboration personnelle)



3 Les instruments

Nous venons dans cette partie d'aborder le rôle du sensegiver en mettant au jour plusieurs phases qui ont conduit à produire une action collective coordonnée structurée dans le temps. Nous avons opté pour une épistémologie de l'action collective qui organise la réflexion, non sur les essences mais sur les dispositifs de l'action collective (Hatchuel, 2005). Nous avons abordé le CareHolder sous l'angle des éléments organisationnels qui permettent à des groupes hétérogènes et des savoirs pluralistes de produire une action. Nous allons tenter de comprendre comment les instruments participent d'une *managérialisation du monde* (Martinet & Pesqueux, 2013) qui porte, encadre, norme les activités des individus au sein, mais aussi par interaction au-delà des organisations et comment les dispositifs créent des *espaces* (Peeters & Charlier, 1999) qui tout en balisant l'action des individus permettent l'articulation de polarités différentes.

Nous clarifierons dans un premier temps ce que nous regroupons sous le vocable d'outil, d'instrument, de dispositif ou de techniques de gestion. Dans un deuxième temps nous réinterrogerons la littérature et en retiendrons leurs dimensions opérationnelle, symbolique et relationnelle. Enfin, nous envisagerons la place de l'instrument de gestion comme objet fractal d'une dynamique organisationnelle, qui offre à l'acteur le moyen de transformer ses pratiques et de s'approprier un projet.

3.1 Cadrage terminologique

Les vocables d'outils, d'instruments, de dispositifs et de techniques de gestion se trouvent souvent employés indifféremment et abritent un catalogue d'éléments relevant de l'intendance, au service de considérations plus nobles telles que la volonté, la stratégie, les jeux d'acteurs. Nous retiendrons la distinction faite par Aggeri et Labattut (2010).

L'outil, selon les auteurs, est essentiellement un *utilitaire*, auxiliaire de l'opérateur. L'instrument, produit à la fois d'une pensée et d'une action, véhicule une dimension *intellectuelle, pratique et politique*. Le dispositif résulte d'une interaction entre instruments et acteurs, dont l'intérêt résulte dans la logique organisationnelle mise en œuvre en vue d'une

finalité (Peeters & Charlier, 1999). On retrouve dans le caractère d'hybridation du dispositif la recherche de la construction d'articulations entre forme et sens (Akrich, 1987), entre personnes et objets, entre liberté et contraintes (Peeters & Charlier, 1999).

Cela sous entend qu'un projet peut s'opérationnaliser par l'agencement efficace de ces entités, tout en laissant à l'individu un espace valorisant son autonomie. Dans cet esprit le savoir n'est plus transmis, mais expérimenté. La gestion du changement ne se fait plus selon un mode coercitif ou directif mais laisse l'individu libre de s'orienter dans le dispositif, dont la fonction est alors de baliser, de servir de cadre à son action, de mettre à disposition des ressources.

Nous nous sommes inscrites dans ces définitions, nous y avons lu l'utilisation que nous en faisons en tant que soignant-éducateur dans les ateliers d'ETP.

3.2 Dimensions opérationnelle, symbolique et relationnelle des instruments

Nous présentons les instruments et dispositifs selon trois polarités différentes qui correspondent tour à tour à leur impact opérationnel, au sens qu'ils véhiculent sur les notions qu'ils sont censés représenter. Enfin, nous interrogerons la façon dont ces instruments peuvent contribuer à l'établissement et au maintien des relations entre acteurs.

L'histoire des instruments est indissociable de celle du projet (Lorrain, 2004). Pour (Moison, 2002), ils ont une action prescriptive sur les comportements, définissant pour l'acteur un système de valeurs et lui indiquant comment il doit se coordonner avec les autres. Ils participent du contrôle (Moison 2002) et sont donc en lien avec l'exercice du pouvoir. Ils ont permis d'accroître la rationalité des décideurs et accompagnent les pratiques managériales (Aggeri & Labatut, 2010) dont ils soutiennent aussi à côté des fonctions de contrôle et de décision (Swieringa & Weick, 1987) les fonctions de prévision.

Au-delà de l'aspect déterministe sur les comportements des acteurs nous relevons un effet de structuration sur le réel dont ils réduisent la complexité (Berry, 1983), (Swieringa & Weick, 1987). Selon Berry (1983) ils constituent des sortes « d'abrégés du vrai » ou « d'abrégés du bon » qui permettent à l'agent de formuler un jugement rapide, ou appuyer un choix. Ils reposent sur des conventions de représentation de l'activité et sont pour l'acteur des traducteurs balbutiants de concepts (Moison, 2005). Martinet et Pesqueux (2013) attirent l'attention sur la « vision du monde » qu'ils véhiculent, pouvant entraîner des comportements aux fins non désirées ou privilégier des pouvoirs. Les auteurs nous invitent à analyser leurs

PARTIE V : DISCUSSION

effets sur les représentations, les structures organisationnelles et les performances. En se plaçant dans une perspective weickienne, où *des* représentations partagées par des acteurs deviennent un moteur de l'action collective, où « la décision est une activité qui se produit après que les individus ont trouvé leurs repères et ont une *idée* « de ce qui se passe ici" » (Vidaillet, 2003), Drevetton (2008) étudie le rôle des représentations sociales au cours de *la construction* d'un outil de gestion. A travers l'étude de cas de la co-construction d'un outil de contrôle de gestion, l'auteur montre que l'instrument peut devenir un moyen d'intersection et de synchronisation entre des visions et des intérêts différents, par la réduction des ambiguïtés (situations équivoques, sujettes à multiples interprétations) et donner un support à l'action collective ou tout du moins asseoir la coordination de comportements (Allard-Poesi, 2003). Il met aussi en exergue des phénomènes énoncés par Weick (1979) et Allard-Poesi (1997): le caractère *temporaire* des représentations, ainsi que la rétroaction, la compréhension tardive et une révision des représentations au cours de l'action. Dans l'étude de la construction du CareHolder, les transformations successives des représentations sociales *et* de l'outil ont permis d'améliorer le processus de construction de l'outil car elles ont contribué à une *appropriation* de l'outil par les acteurs et les organisations d'une part et à une *assimilation des représentations* des acteurs *dans* l'outil d'autre part (Drevetton, 2008).

Se placer du point de vue de l'instrument offre l'avantage d'inviter toutes les parties prenantes à se structurer dans un nouvel espace d'échange et de négociation. Dans le domaine de la santé, où les normes et outils de planification imposés de « manière descendante » sont invariablement contestés et systématiquement détournés (Tabuteau, 2007), Moisdon, (2002) montre que, par exemple, l'instrument PMSI, aurait pu permettre des partages d'expériences au lieu de se borner à l'aspect comptable.

Swieringa & Weick, (1987) se sont intéressés à *l'esthétique* de l'instrument et à ses impacts psychologiques, affectifs, motivant ou inhibant l'action. Les auteurs relatent comment le ROI, par sa simplicité et sa logique a séduit les managers. Les auteurs rappellent que la dimension symbolique de l'instrument fait référence à l'expérience (dans l'exemple de la dimension symbolique des outils de pompiers et des conséquences de leur abandon lors de l'incendie de Mann Gulch) et montrent que l'instrument doit permettre l'équilibre entre une subjectivité générique nécessaire car structurante, mais qui laisse vives les capacités d'interprétation des acteurs pour leur permettre de s'adapter lors des situations non routinières car quand l'environnement se modifie, les représentations changent et sont subjectives plutôt que collectives.

PARTIE V : DISCUSSION

Cette étude nous permet de poser trois dimensions premières de l'instrument utiles pour la compréhension d'une action collective faisant intervenir des parties prenantes hétérogènes, dont les intérêts sont parfois divergents et dont les pratiques sont aujourd'hui encore cloisonnées : les dimensions opérationnelle, symbolique et relationnelle. Nous avons tenté de schématiser notre problématique en intégrant le rôle de l'instrument comme vecteur de l'action organisée, mais en tenant compte aussi de son interaction avec les agents et donc, des conséquences qui en découlent sur la structuration de l'action. Nous retiendrons également la perspective dans laquelle le dispositif peut être compris comme un espace où la créativité et la liberté de l'acteur se manifeste et où il peut acquérir de l'autonomie.

Nous avons examiné dans le champ sanitaire et social, l'apport des dispositifs et instruments pour « faire tenir ensemble » cet ensemble diversifié, non plus dans une logique dialectique qui promettrait *l'homogénéisation de termes contradictoires* mais plutôt dans une logique de sens - dans laquelle il s'est agi d'établir des connections *entre des termes disparates et qui restent disparates* (Foucault, 1989), dans laquelle *l'entre-deux ne dissout pas les pôles, mais les met en relation* (Peeters & Charlier, 1999).

Au final, trois « instruments » portent en eux les dimensions étudiées :

- « le carnet douleur » (en annexe de ce document)

Il incarne à la fois toutes les facettes de notre projet : 1) il est le fruit d'une construction collective (intégrant les patients et les soignants) ; 2) il comporte un aspect opérationnel et symbolique dans la mesure où il est le support de partage de significations¹⁰⁰ ; 3) il est un vecteur de communication concret des réalisations du CareHolder qui sera véhiculé par les patients auprès de leurs médecins et soignants, même s'ils ne font pas partie de l'association ; 4) il donne l'opportunité de communiquer avec le même outil entre soignants et entre soignants et patients.

- « parcours de marche » : Le Jardin du Parcours Allaudien de Santé (en annexe de ce document)

Il est l'emblème de la première émanation du CareHolder en ce sens qu'il matérialise une zone d'équivalence apparue très tôt : la nécessité de favoriser

¹⁰⁰ Le carnet est construit de telle manière que chaque personne exprime une émotion et la codifie en fonction de son état.

PARTIE V : DISCUSSION

l'Activité Physique Adaptée et le lien social. Il véhicule l'objectif de prévention pour le maintien de l'autonomie (il s'agit d'appareils sophistiqués installés dans le jardin du centre hospitaliers destinés à promouvoir l'équilibre, la proprioception... pour éviter les chutes) mais aussi le lien social (présence de bancs...). Enfin, il est le principal outil de l'éducateur sportif.

- Le film à venir ¹⁰¹: qui va permettre 1) la création collective de sens lors de la conception (scénarios...) mais aussi car les acteurs vont se retrouver dans une situation inhabituelle face à des professionnels qu'ils n'ont pas l'habitude de côtoyer (producteurs...); 2) nous espérons qu'il permettra le passage du symbole (partage de signification) à l'emblème (figure concrétisant l'activité de du CareHolder); 3) les idées véhiculées permettront à d'autres patients et d'autres soignants d'intégrer le réseau et pour les patients aura une visée préventive.

Dans le tableau ci-dessous nous reprenons

¹⁰¹ La convention permettant la réalisation de ce film à été signée en septembre 2015. Nous commencerons l'écriture collective du scénario avec des patients et des soignants volontaires. Puis, nous procéderons au tournage là encore avec des bénévoles, des patients et des soignants.

PARTIE V : DISCUSSION

Tableau 28 les dimensions symboliques, opérationnelles et relationnelles des instruments réalisés au cours de la thèse

	Rôle de l'instrument	<i>DVD</i> : « donner de la vie aux années » <i>Carnet</i> « des Maux pour le dire » Parcours de marche : « Le Jardin du PAS »
Dimension Symbolique	-Amorcer le processus de création collective de Sens personnel (Largeur du signal) -Pour créer l'équivocité et introduire une remise en question des pratiques et des comportements (catharsis) -Pour soutenir le partage de signification -Pour donner à voir que le groupe progresse	Construction du carnet douleur : « comment je repère qu'un patient est algique ? », « comment je m'intéresse à ce qu'il ressent ? » « que font les autres ? » Diffusion d'une courte présentation filmée de l'Association Objet concret
Dimension opérationnelle	Permet au SG de conduire le processus au fur et à mesure des réunions Pour soutenir la prise de décision (rétroaction) Pour faire connaître le groupe Outil thérapeutique	Présentation des différentes étapes franchies Manifestation concrète de ce qui a été réalisé Prévention ou suivi de la douleur
Dimension relationnelle	Pour marquer l'appartenance au groupe Pour permettre de « prendre place dans le groupe » Pour communiquer	Le nom des participants figure sur ces deux objets Le DVD fera intervenir chaque soignant dans une des catégories ou il a envie de montrer son expertise. Mise en relation a partir d'un support lors de son élaboration (interne) et lors de la diffusion (externe) Lieu agréable, jardin, lien social (présence de bancs, de fleurs)

4 Conclusion de la partie

Nous avons longuement discuté du rôle du sensegiver à animer et ancrer une idée (ici *idée* rejoint son origine étymologique appartenant au registre de la vision). Les résultats que nous avons proposés concernent spécifiquement la mise en sens et la structuration de l'idée pour la faire exister et perdurer sous une forme dynamique dans un contexte de diversité. Notion convoquée par les sociologues, mais aussi en sciences de gestion et que nous avons abordé selon Grenier (2015), nous éloignant d'une étymologie lourde de divergence, mais au contraire prometteuse de ressources, élément de construction, mise en valeur dans le « prendre place ». Retenue sous l'angle d'une complémentarité à respecter et à développer car il faut de la diversité pour comprendre la diversité (Weick 1979) s'accordant ponctuellement sur l'atteinte d'objectifs, susceptible de se réunir sur des gestes et/ ou des pratiques synchronisées, non dissoute au sein d'une « unité », mais coordonnée au sein d'une « totalité ».

CONCLUSION GENERALE

« Dans le fond, le métier de penser est une lutte contre les séductions et apparences »

Alain (1969 :136)

LES SALONS

ALLAUCH

● Le Centre hospitalier en mode bien-être.

Avec Les journées de la santé et du bien-être, programmées aujourd'hui et demain, le Centre hospitalier d'Allauch signe la reprise des ateliers de prévention et d'éducation thérapeutique et des activités physiques adaptées. Pour marquer ce rendez-vous, "le 15^e salon départemental de la polyarthrite, qui ouvrira ses journées, et le 5^e salon du bien vieillir seront les deux temps forts", explique la coordinatrice des programmes de prévention et



Après le salon de la polyarthrite aujourd'hui, se tiendra celui du bien vieillir demain. / PHOTO R.V.

d'éducation en santé, Félicia Ferrera-Bibas.

Soutenu par le directeur du centre hospitalier d'Allauch, Robert Sarian, ce projet donnera l'occasion aux professionnels de santé des secteurs sanitaires, sociaux, libéraux, hospitaliers et institutionnels de coordonner les ressources de santé du territoire Allauch-Plan-de-Cuques. Occasion aussi de renforcer le lien social avec les personnes âgées attendues en nombre, dès jeudi, à partir de 13 h. Conférences, ateliers et expositions seront au programme et pas moins de 25 intervenants et 35 bénévoles ont déjà répondu présents pour ce rendez-vous.

R.V.

→ Aujourd'hui, de 13 h à 18 h, 15^e salon départemental de la polyarthrite.
Demain, de 10 h à 18 h, 5^e salon du bien vieillir. Renseignements au ☎ 06 48 38 86 20 ou au ☎ 04 91 10 46 83.

Au terme de cette recherche, le terrain bat son plein¹⁰². Deux grandes manifestations (le salon des Rhumatismes Inflammatoires Chroniques et le Salon du Bien Vieillir, organisés avec nos partenaires, sur le centre hospitalier d'Allauch) sont proches et la mobilisation des participants est à son comble. Ainsi en témoigne ce « SMS » de l'infirmière coordinatrice parlant d'un des médecins libéraux intervenant au cours de la journée « ... est venue me porter sa clé USB pour son intervention... » ou encore, nous informant qu'un délégué pharmaceutique « va faire le maximum pour le nombre de bloc-notes¹⁰³ et me les porte mercredi matin ». Cette année nous attendons pour le salon du bien vieillir 148 personnes âgées inscrites, 36 bénévoles aidant à l'organisation de la journée et des ateliers bien être, et nous avons 24 intervenants. Des représentants de l'Agence Régionale de Santé, des Élus locaux et des institutions (CG13) seront présents¹⁰⁴. Nous sommes quatre organisatrices. Nous avons de grands projets collectifs pour l'année à venir dont l'écriture du scénario du DVD « Donner de la Vie aux Années ». Écriture qui réunira un comité de patients, de soignants et de bénévoles, qui deviendront de fait également les principaux acteurs du tournage ! L'année « scolaire » débutera dès octobre avec la mise en œuvre de trois types d'ateliers d'Activité Physique Adaptée et un programme douleur qui réunira personnes âgées et personnes atteintes de rhumatismes inflammatoires chroniques.

¹⁰² La photo du journal montre le Hall d'entrée du centre hospitalier d'Allauch lors du Salon du Bien Vieillir 2014

¹⁰³ Nous mettons à disposition des participants un badge, un sac contenant un bloc-notes, un stylo, des questionnaires à remplir (questionnaire satisfaction et cette année un questionnaire sur l'observance), des magazines touchant à des sujets de santé.

¹⁰⁴ Aujourd'hui (le 30/09/15), nous signalons que nous avons reçu sur les deux jours près de 300 personnes. Les retours (questionnaires de satisfaction à l'appui) sont très positifs.

CONCLUSION GENERALE

Cette recherche doctorale s'est intéressée à la création ex-nihilo d'un dispositif d'action collective coordonnée susceptible, grâce à la coopération des acteurs, de faciliter les parcours de santé sur un territoire (i.e prévention, continuité des soins, accompagnement global, personne et/ou aidants au centre actrices). Nous avons choisi de nous pencher plus spécifiquement sur les parcours de santé de la personne âgée, partant d'un problème récurrent rencontré dans notre officine : les chutes.

Cette problématique correspond à une réalité empirique préoccupante, tant au niveau sociologique, politique, que sanitaire.

Notre cadre épistémique et théorique, le sensemaking, a fait l'objet de nombreux travaux se focalisant sur un point précis de l'organisation ou sur des situations organisationnelles particulières. Peu d'auteurs se sont intéressés à l'apport de la théorie du sensemaking pour la mise en sens d'acteurs marqués par leur diversité et qu'aucune obligation formelle ni autorité ne rassemblent.

Oscillant entre théorie et terrain, nous avons à la fois expérimenté et exploré le processus de création collective de sens dans ce contexte. Alors, au-delà de cette conclusion introductive sur la dynamique mise en œuvre pour baliser le parcours de santé de la personne âgée sur Allauch, Plan de Cuques, il convient maintenant d'effectuer un bilan de cette recherche en présentant dans un premier temps ses apports managériaux et théoriques. Enfin, nous exposerons ses limites et envisagerons des pistes de recherches futures.

4.1 Apports Théoriques et Managériaux

Nous avons posé trois questions de recherche : 1) en quoi consiste le processus de création de sens à la base du CareHolder, 2) comment s'est structuré le CareHolder, 3) Quel est le rôle du sensegiver à initier et déployer dans le temps un dispositif d'action organisé dans un contexte de diversité d'acteurs?

Le premier temps de ce travail fut consacré à la compréhension de la théorie du sensemaking, en ouvrant un champ de similitudes entre une réflexion sur la façon dont les groupes se forment et un dispositif de soin original l'ETP. Nous avons retrouvé l'esprit de la théorie Weickienne dans le dispositif ETP. Nous nous sommes inscrites dans une pensée développée par (Weick 1995 :41) qui, s'appuyant sur les propos de Czarniawska-Joerges, (1992), précise que le partage de sens n'est pas crucial pour l'action collective, mais qu'il l'est pour le partage d'une action commune. Cette action commune fut calquée sur le modèle de l'ETP et nous

CONCLUSION GENERALE

avons appliqué ses outils et techniques d'animation au CareHolder naissant. Et le sensemaking devint pour nous une création collective de sens, processus dans lequel nous avons mis au jour des zones d'accords temporaires ou d'équivalences mutuelles et non pas un processus de création de sens collectif. Nous avons soigneusement évité de nous questionner sur le sens qui « mobilisait » les acteurs, partant du principe que la création de sens est circonstancielle, labile, mouvante. En revanche, nous avons soigneusement été attentives aux dimensions partagées au cours des activités de soin. Nous en avons isolé deux principales autour desquelles nous avons construit le CareHolder : la nécessité de favoriser l'activité physique et l'accompagnement collectif de la douleur. Les autres accords relevés ont porté sur des moyens partagés par les participants pour atteindre chacun leurs buts. Ceci nous paraît être une recommandation managériale importante qui rompt avec l'image du manager déployant son énergie pour animer une équipe qui « fait corps », investie d'une « mission collective », cultivant et faisant reconnaître une image de marque... Non plus argumenter pour diffuser une « vision » mais l'animer en provoquant par l'émission de signaux la réflexion personnelle et collective. Le résultat peut paraître certes plus modeste, mais la création collective *de sens personnel*, nous a permis de pointer un résultat cette fois ci plus théorique : elle a permis aux acteurs de « prendre place » au sein du CareHolder, de se situer au sein du dispositif.

Nous en sommes venues alors à la question de la structuration dans le temps du dispositif ou se côtoyaient patients, soignants, bénévoles... Certes, ils avaient « pris place » mais encore fallait-il leur donner les moyens d'« habiter » cette place, entre sens et structure. La puissance de l'habitude a gommé l'effort consistant à assister à un atelier, à une réunion, en dépit d'un emploi du temps chargé ou de difficultés de déplacement. La répétition a rendu plus fluide le recours à la coordination ou l'implication des personnes (soignants, patients, bénévoles...). La puissance du rituel a marqué les corps en même temps que les esprits, créant une pratique commune porteuse de signification, symbolisant la rencontre des participants autour d'une même activité, mais aussi scandant le temps des réunions.

A la lumière de ces résultats nous avons proposé de prolonger l'apport théorique de Gioia et Chittipeddi, (1991) au rôle du sensegiver qui nous a servi de base de travail. Ici, le sensegiver, « anime », « donne une âme » à une vision en jouant sur l'équivocité perçue d'un phénomène pour semer des indices et conduire le processus de création collective de sens, puis il « ancre » cette vision en suscitant l'habitation. Le sensegiver est aussi un manager qui manie

CONCLUSION GENERALE

les différentes facettes d'instruments qui sont apparus comme pouvant être à la fois opérateur symbolique, outil opérationnel et vecteur de relations.

Nous synthétisons les apports de la recherche dans le tableau suivant :

Tableau 29 Les apports de la recherche

Questions de recherche	Réponses apportées	Apport de la recherche
QR 1 : en quoi consiste le processus de création collective de sens à l'origine du CareHolder	Construction du CareHolder en utilisant la théorie du Sensemaking	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Apport méthodologique : construction d'un dispositif ex-nihilo ◆ Apport managérial : « prendre place » ◆ Apport théorique : construction de sens collectif versus construction collective de sens
QR2 : Comment se structure le CareHolder	Structuration autour d'une activité commune de soin, d'une gouvernance, d'instruments	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Apport Managérial : parallèle entre ETP et sensemaking ◆ Apport méthodologique : identification des éléments de structuration ◆ Apport théorique : « habitude », rituels et habitude. Rôle fractal des instruments
QR3 : Quel est le rôle du sensegiver à initier et déployer dans le temps un dispositif d'action organisé dans un contexte de diversité d'acteurs?	Compléter les quatre phases de déploiement du sensegiving selon Giöia et Chitippeddi (1991)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Apport Managérial : création collective de sens et non pas construction de sens collectif ◆ Apport théorique : Rôle du sensegiver à « faire prendre place »

4.2 Limites et voies de recherche

Pourrait-on reproduire le CareHolder sur d'autres territoires ? Qu'en aurait-il été du rôle du sensegiver s'il avait eu à faire à d'autres populations, dans d'autres lieux ? Qu'en aurait-il été d'un sensegiver « parachuté » en terrain inconnu ?

La limite empirique que nous voyons à cette recherche est celle d'un travail qui s'est limité à un seul cas, possédant des caractéristiques territoriales propres et mené par un chercheur familier de ce même territoire, dont la visée était aussi bien de comprendre que de réaliser. Aussi bien de comprendre la démarche de création collective de sens, que de ramener les dispositifs d'ETP au plus proche des lieux de vie des patients, pour ne pas laisser cette philosophie de soin se diluer dans une démarche impersonnelle où des soignants se rencontrent sans se connaître, où les rares patients n'ont comme point de rencontre que leur souffrance.

CONCLUSION GENERALE

Notre approche tend donc à renforcer la contextualisation de nos résultats. Une première piste d'enrichissement à nos travaux consisterait à envisager sa reproductibilité sur d'autres terrains afin d'enrichir l'apport théorique sur le rôle du sensegiver par des recommandations en fonction des spécificités territoriales, mais aussi sur l'importance pour le SG d'appartenir au tissu sanitaire local afin d'en saisir les particularités. Une autre voie visera à analyser comment le SG construit (aussi) un territoire pour faciliter la mise en relations des acteurs.

Une seconde piste, que nous empruntons aussitôt puisque nous y travaillerons dès le dernier point posé à ce document. L'objet est de préparer une communication orale pour le XVI^{ème} congrès de la Société Française de Pharmacie Clinique qui se déroulera en février 2016. Nous souhaitons creuser le rôle du pharmacien d'officine au sein du parcours de santé des personnes d'un territoire et dans la continuité des soins. Nous allons profiter des liens de coopération nés du CareHolder pour expérimenter avec la pharmacienne du Centre Hospitalier d'Allauch plusieurs étapes du soin pharmaceutique, dispensé à l'hôpital et à la ville, lors du retour des patients de notre pharmacie à leur domicile, et nous donnerons à voir les outils et protocoles utilisés.

Nous partirons de cas concrets de patients et discuterons à la fois de la faisabilité du modèle théorique ainsi proposé et de l'évaluation du bénéfice pour la sécurisation des prises et l'observance du traitement lors du retour au domicile des patients.

Le tableau ci-dessous mentionne le plan que nous comptons suivre :

Contexte	Continuité des soins à la sortie du centre hospitalier afin de garantir le respect de la stratégie pharmacothérapeutique définie par les médecins et validée par le pharmacien hospitalier.
Objectifs	Définir un cadre pour les communications entre le pharmacien PH et le pharmacien de ville lors de la sortie d'un patient. Définir un protocole (étapes et outils) pour la sécurisation des prises et l'observance du traitement.
Méthode	Pharmacien PH : analyse pharmaceutique de niveau 3 (SFPC 2012) Pharmacien PH : <i>avant la sortie</i> <ul style="list-style-type: none">• entretien pharmaceutique (explication des traitements) Communication PH/Pharmacien Ville Pharmacien de ville : <i>dans la semaine qui suit la sortie et la délivrance du traitement</i> <ul style="list-style-type: none">• entretien pharmaceutique (vérification de la compréhension du traitement) Puis dans les trois mois <ul style="list-style-type: none">• nouvel entretien pharmaceutique pour vérification de l'observance du traitement et analyse des éventuelles modifications de traitement.

CONCLUSION GENERALE

Enfin, une troisième piste de recherche, s'ouvre sur le rôle central du pharmacien sur un territoire de santé. Prendre la place du sensegiver a été possible parce que nous sommes pharmaciens d'officine. Nous étions par là même au cœur des problématiques quotidiennes des personnes âgées, en relation constante avec les professionnels de santé, les aidants...

Alors, tournant le dos aux menaces qui pèsent sur le monopole et sur l'économie de l'officine nous poursuivons notre engagement dans une voie que la majorité des confrères rencontrés lors de nos activités syndicales partagent, celle de la valorisation du rôle de professionnel de santé de première ligne sur un territoire défini à partir du lieu de vie du patient.

L'expérience intellectuelle vécue au cours de ce travail, à une époque charnière où des solutions sont à trouver rapidement pour accompagner les problématiques de santé qui émergent du fait de l'allongement de la durée de vie et du développement des maladies chroniques, nous permettra de valoriser cette place centrale du pharmacien dans les parcours de santé, tant par sa disponibilité (plages horaires, proximité) que par ses connaissances et ses liens incontournables avec les patients et les autres acteurs (professionnels, municipaux...). Le pharmacien a un rôle d'accompagnement à jouer dans la nouvelle organisation des soins sur un territoire au bénéfice des patients, des autres professionnels de santé et de la santé publique.

Ces nouvelles missions demandent de revisiter les modèles de fonctionnement actuels dans nos officines, mais demandent également d'être mises en valeur aussi bien auprès des pouvoirs publics qu'auprès des autres professionnels de santé. Des activités communes de soin autour de sujet de prévention, de l'accompagnement spécifique requis pour telle ou telle catégorie de patients, organisées par les pharmaciens d'officine pourraient-elles permettre de mettre en œuvre ces démarches collaboratives et ainsi contribuer à redéfinir un territoire de santé, non plus à partir d'un découpage administratif, mais à partir du domicile du patient ? Des coopérations entre officinaux et hospitaliers, dont la mise en œuvre est en route grâce à l'action menée par l'URPS Pharmaciens PACA, autour de sujets tels que le retour à domicile des personnes âgées, pourront-elles ouvrir la voie à de nouveaux schémas organisationnels ? Nous ferons de cette question notre prochain projet de compréhension et d'expérimentation...

Bibliographie

Abravanel, H., Allaire, Y., & Firsirotu, M. E. (1988). *La culture organisationnelle: aspects théoriques, pratiques et méthodologiques*. G. Morin.

Akrich, M. (1987). Comment décrire les objets techniques? *Techniques & culture*, (9), 49-64.

Allard-Poesi, F. (2003a). Sens collectif et construction collective du sens. *Le sens de l'action*, 91-114.

Allard-Poesi, F. (2003b). Sens collectif et construction collective du sens. *Le sens de l'action*, 91-114.

Allard-Poesi, F. (2011). Le codage n'est pas un «truc» méthodologique ou du codage comme «problématisation». *AEGIS*, 3.

Angot, J., & Milano, P. (1998). Comment lier concepts et données, Chap. *Méthodologie de la recherche en gestion*, Paris: Nathan.

Anzieu, D. Martin, Jacques-Yves. (2006). *La dynamique des groupes restreints*. Paris: Presses universitaires de France.

Arendt, H., Fradier, G., & Ricoeur, P. (1983). *Condition de l'homme moderne* (Vol. 16). Calmann-Lévy Paris.

Aristoteles, & Bodéüs, R. (2005). *Éthique à Nicomaque*. Paris: Flammarion.

Assens, C. (2003). Le réseau d'entreprises: vers une synthèse des connaissances. *Management international*, 7(4), 49-59.

Autissier, D. (2001a). Les mécanismes d'assimilation d'une mission d'audit interne: le modèle «activation-sélection-rétention» de KE Weick à l'épreuve du terrain. *Finance Contrôle Stratégie*, 4, 5-30.

Autissier, D. (2001b). Les mécanismes d'assimilation d'une mission d'audit interne: le modèle «activation-sélection-rétention» de KE Weick à l'épreuve du terrain. *Finance Contrôle Stratégie*, 4, 5-30.

Autissier, D., Bensebaa, F., & Koenig, G. (2006). *Les défis du sensemaking en entreprise: Karl E. Weick et les sciences de gestion*. Paris: Economica.

Bibliographie

- Autissier, D., Guillard, A., & Moutot, J.-M. (2010). La capacité de transformation comme composante du capital humain : une étude exploratoire dans un groupe coté. *Management & Avenir*, n° 31(1), 95-95. <http://doi.org/10.3917/mav.031.0095>
- Autissier, D., Vandangeon, I., & Vas, A. (2010). *Conduite du changement: concepts-clés: 50 ans de pratiques issues des travaux de 25 grands auteurs*. Dunod.
- Autissier, D., & Wacheux, F. (2006). *Manager par le sens: les clés de l'implication au travail*. Paris: Eyrolles-Éd. d'Organisation.
- Avenier, M.-J. (1989). Méthodes de terrain et recherche en management stratégique. *Economies et sociétés*, 14, 199-218.
- Avenier, M.-J. (Éd.). (1997). *La stratégie « chemin faisant »*. Paris: Economica.
- Ayache, M., & Dumez, H. (2011). Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective? *Le Libellio d'Aegis*, 7(2-Eté), 33-46.
- Ayache, M., & Dumez, H. (2011). Réflexions en forme de réponses: à propos du codage dans la recherche qualitative. *Le Libellio d'Aegis*, 7(3-Automne), 29-34.
- Balogun, J., & Johnson, G. (2004). Organizational Restructuring and Middle Manager Sensemaking, p. 523-549.
- Balogun, J., & Johnson, G. (2005). From intended strategies to unintended outcomes: The impact of change recipient sensemaking. *Organization studies*, 26(11), 1573-1601.
- Barnard, C. I. (1968). *The functions of the executive* (Vol. 11). Harvard university press.
- Bateson, G., Birdwhistell, R. L., Goffman, E., Hall, E. T., Jackson, D. D. A., Schefflen, A. E., Winkin, Y. (1984). *La nouvelle communication*. Paris: Editions du Seuil.
- Baumard, P. (1997). Constructivisme et processus de la recherche: l'émergence d'une posture épistémologique chez le chercheur. *Cahiers de recherche LAREGO. Université de Versailles St Quentin*.
- Baumard, P., Donada, C., Ibert, J., & Xuereb, J.-M. (2007). La collecte de données et la gestion de leurs sources. *Méthodes de recherche en management*, 228-262.
- Benaroyo, L. (Éd.). (2010). *La philosophie du soin: éthique, médecine et société*. Paris: Presses universitaires de France.

Bibliographie

- Bensebaa, F., & Béji-Bécheur, A. (2005). Responsabilité sociale, pressions institutionnelles et réactions des entreprises. *Management & Avenir*, (1), 171–198.
- Bensebaa, F., & Le Goff, J. (2006). Promulgation de l'environnement et actions stratégiques: comment l'édition française se met en scène. In *Les Défis du Sensemaking en Entreprise* (p. 197-217).
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2012). *La construction sociale de la réalité*. Paris: A. Colin.
- Bergson, H. (1993). *La pensée et le mouvant: essais et conférences*. Paris: PUF.
- Bergson, H., Grojnowski, D., Scepi, H., & Miquel, P.-A. (2013). *Le rire*. Paris: Flammarion.
- Bergson, H., & Worms, F. (2011). *Sur le pragmatisme de William James*. Paris: PUF.
- Bergson, H., Worms, F., & Marin, C. (2011). *La vie et l'œuvre de Ravaisson*. Presses universitaires de France.
- Berry, M. (1983). Une technologie invisible-L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains. Consulté à l'adresse <http://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00263141/>
- Bonan, R. (2010). *Apprendre à philosopher avec Merleau-Ponty*. Paris: Ellipses.
- Bourdieu, P. (1972). Esquisse d'une théorie de la pratique. *Précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*, Genève, Droz.
- Bourdieu, P. (1982). Les rites comme actes d'institution. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 43(1), 58-63.
- Boutiba, R., & Kammoun, M. (2015). Comprendre «ce qui se passe dans les organisations». *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 21(52), 333-363.
- Brabet, J. (2006). Enacter l'enaction. Une lecture subjective des travaux de Karl E. Weick. In *Les défis du sensemaking en entreprise*.
- Brahami, F. (2003). *Introduction au Traité de la nature humaine de David Hume* (1. éd). Paris: PUF.

Bibliographie

- Brasseur, M. (2012). L'interaction du chercheur avec son terrain en recherche-action: deux cas d'accompagnement individuel des managers. *Recherches en Sciences de Gestion*, 89(2), 103-118.
- Brassier-Rodrigues, C. (2015). Le rituel de la pause-café au sein des organisations: à la poursuite d'efficacité sociale et/ou de performance? *ESSACHESS—Journal for Communication Studies*, 8(1 (15)).
- Brunn, M., & Chevreul, K. (2013). Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux. *Santé Publique*, 25(1). Consulté à l'adresse http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_131_0087
- Buckley, W. (2008). Society as a complex adaptive system. *Emergence: Complexity and Organization*, 10(3), 86.
- Carlile, P. R. (2002). A pragmatic view of knowledge and boundaries: Boundary objects in new product development. *Organization science*, 13(4), 442-455.
- Castro, S. (1990). *L'entreprise associative: aspects juridiques de l'intervention économique des associations*. Paris: UNIOPSS : Economica.
- Cazeneuve, J. (1971). *Sociologie du Rite* (PUF). Paris: PUF.
- Cefaï, D. (2007). *Pourquoi se mobilise-t-on: les théories de l'action collective*. Paris: Découverte : M.A.U.S.S.
- Centlivres, P. (2000). Rites, seuils, passages. *Communications*, 70(1), 33-44.
- Centre culturel international (Cerisy-la-Salle, M., Colloque, H. Armand, & Weil, B. (2008). *Les nouveaux régimes de la conception*. Cerisy-la-Salle; Paris: Vuibert.
- Chanal, V., Lesca, H., & Martinet, A. C. (1996). Recherche ingénierique et connaissances procédurales en sciences de gestion: réflexions épistémologiques et méthodologiques.
- Chanal, V., LESCA, H., & Martinet, A.-C. (1997). Vers une ingénierie de la recherche en sciences de gestion. *Revue française de gestion*, (116), 41-51.
- Charreire, S., & Huault, I. (2001). Le constructivisme dans la pratique de recherche: une évaluation à partir de seize thèses de doctorat. *Finance contrôle stratégie*, 4(3), 31-55.

Bibliographie

- Chevallier, J. (2003). La gouvernance, un nouveau paradigme étatique ? *Revue française d'administration publique*, 105-106(1), 203. <http://doi.org/10.3917/rfap.105.0203>
- Cocquebert, L. (2012). *Le secteur social et médico-social depuis la loi HPST gouvernance, contrôle, création et financement des établissements et services*. Rueil-Malmaison: ASH.
- Coldefy, M., & Lucas-Gabrielli, V. (2008). Les territoires de santé: des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification. *Paris: IRDES*, 5, 29.
- Cometti, J.-P. (2010). *Qu'est-ce que le pragmatisme?* [Paris]: Gallimard.
- Conche, M. (2007). *Montaigne ou La conscience heureuse*. Paris: Presses universitaires de France.
- Cooke, N. J., & Gorman, J. C. (2006). Assessment of team cognition. *International encyclopedia of ergonomics and human factors*, 270-275.
- Corvellec, H., & Risberg, A. (2007). Sensegiving as mise-en-sens—The case of wind power development. *Scandinavian Journal of Management*, 23(3), 306-326.
- Coulon, A. (2012). *L'École de Chicago*. Paris: Presses universitaires de France.
- Daft, R., & Weick, K. (1984). Toward a Model of Organizations as Interpretation Systems. *The Academy of Management Review*, 9(2), 284-295. <http://doi.org/10.2307/258441>
- David, A. (1999). Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion. In *VIIIème Conférence Internationale de l'AIMS*. Consulté à l'adresse <http://basepub.dauphine.fr/handle/123456789/3186>
- David, A. (2004). Les connaissances en sciences de gestion: devons-nous choisir entre scientificité et actionnabilité. *Traversée des frontières entre méthodes de recherche qualitatives et quantitatives*, 845-870.
- David, A. (2012). La recherche-intervention, cadre général pour la recherche en management?
- David, Hatchuel, A., & Laufer, R. (2012). *Les nouvelles fondations des sciences de gestion : éléments d'épistémologie de la recherche en management*. Paris: Mines ParisTech.
- De Montaigne, M. (1965). Essais II, 12. Victor-Louis Saulnier (pref.), Paris: PUF, 594.

Bibliographie

- Deccache, A., Berrewaerts, J., Libion, F., & Bresson, R. (2009). Former les soignants à l'éducation thérapeutique des patients: que peut changer un programme? *Education thérapeutique du patient-Therapeutic patient education*, 1(1), 39–48.
- Desanti, J. T. (1994). *Introduction à la phénoménologie*. Paris: Gallimard.
- Dewey, J. (1967). *Logique: la théorie de l'enquête* (Vol. 2). Presses universitaires de France.
- Dewey, J. (2004). *Comment nous pensons*. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond.
- Dewey, J. (2005). La réalité comme expérience. *Tracés. Revue de Sciences humaines*, (9), 83-91.
- Dewey, J., Rorty, R., & Di Mascio, P. (2014). *Reconstruction en philosophie*. [Paris]: Gallimard.
- Dianteill, E., Hervieu-Léger, D., Saint-Martin, I., & Association française de sciences sociales des religions (Éd.). (2004). *La modernité rituelle: rites politiques et religieux des sociétés modernes*. Paris, France: Harmattan.
- Digneffe, F., & Pires, A. P. (2008). *Histoire des savoirs sur le crime et la peine: 3. Expliquer et comprendre la délinquance (1920-1960)*. Larcier.
- Donaldson, T., & Preston, L. . (1995). The stakeholder theory of the corporation: Concepts, evidence, and implications. *The Academy of Management Review*, Vol. 20(1), 65-91.
- Drevet, B. (2008). Le rôle des représentations sociales au cours du processus de construction d'un outil de contrôle de gestion. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, (2), 125–153.
- Drucker-Godard, C., Ehlinger, S., & Grenier, C. (1999). Validité et fiabilité de la recherche. *RA Thiétart, Méthodes de recherche en management, Paris, Dunod*, 257-287.
- Drucker-Godard, C., Ehlinger, S., & Grenier, C. (1999). Validité et fiabilité de la recherche. *RA Thiétart, Méthodes de recherche en management, Paris, Dunod*, 257–287.
- Dumez, H. (2013). *Méthodologie de la recherche qualitative: les 10 questions clés de la démarche compréhensive*. Paris: Vuibert.
- Dupond, P. (2004). *La réflexion charnelle: la question de la subjectivité chez Merleau-Ponty*. Bruxelles : Paris: Ousia ; Distribution, J. Vrin.
- Dupond, P. (2007). *Dictionnaire Merleau-Ponty*. Paris: Ellipses.

Bibliographie

Durkheim, E., & Adloff, F. (1960). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Presses universitaires de France.

Durkheim, É., & Cuvillier, A. (1955). *Pragmatisme et sociologie*.

Eccles, D., Johnson, M., Mellalieu, S., & Hanton, S. (2009). Letting the social and cognitive merge: New concepts for an understanding of group functioning in sport. *Applied sport psychology advances: A review*, 281-316.

Eccles, D. W., & Tenenbaum, G. (2004). Why an expert team is more than a team of experts: A social-cognitive conceptualization of team coordination and communication in sport. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26(4), 85-98.

Eyrolles, C., Saussier, S., & Le Lannier, A. (2013). *Master Management des entreprises: L'essentiel du management par les meilleurs professeurs*. Editions Eyrolles.

Fiore, S. M., & Salas, E. (2006). Team cognition and expert teams: Developing insights from cross-disciplinary analysis of exceptional teams. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 4(4), 369-375.

Fischer, G.-N. (2010a). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris: Dunod.

Fischer, G.-N. (2010b). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale-4ème édition*. Dunod.

Foucault, M. (1989). *Résumé des cours, 1970-1982*. Paris: Julliard.

Foucault, M. (2009). *Le Corps utopique, les hétérotopies*.

Gagnayre, R., & Traynard, P. Y. (2002). Education thérapeutique du patient. *AKOS Encyclopédie pratique de médecine*, 7-1027.

Garreau, L. (2009). L'apport du concept de sens à l'étude du fonctionnement des équipes projet. *Etudes de cas de développement de centres commerciaux chez Immochan*.

Garreau, L., & Mouricou, P. (2012). Sens, objets et stratégie en pratiques dans un projet immobilier. *Revue française de gestion*, 223(4), 137-152.

Garreau, L., & Perrot, S. (2011). Le rôle des émotions dans la socialisation organisationnelle: Une approche par le sensemaking (p. 1-20). Présenté à Actes de la conférence AGRH 2011.

Bibliographie

- Gephart, R. P. (1992). Sensemaking, communicative distortion and the logic of public inquiry legitimation. *Organization & Environment*, 6(2), 115-135.
- Gioia, D. A., & Chittipeddi, K. (1991). Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation. *Strategic management journal*, 12(6), 433-448.
- Gioia, D. A. (2010) Construire et diffuser du sens pour changer. Conduite du changement: concepts-clés: 50 ans de pratiques issues des travaux de 25 grands auteurs, 89.
- Giordano, Y. (2006). S'organiser, c'est communiquer: le rôle fondateur de la communication dans l'organizing chez Karl E. Weick. *Les défis du Sensemaking en Entreprise*, 153-168.
- Girin, J. (1986). L'objectivation des données subjectives. Eléments pour une théorie du dispositif dans la recherche interactive. *Qualité des informations scientifiques en gestion, Méthodologies fondamentales en gestion*, 170-186.
- Girin, J. (1990). L'analyse empirique des situations de gestion: éléments de théorie et de méthode. *Epistémologies et sciences de gestion, Economica*, 141-182.
- Giroux, N. (1994). La communication interne: une définition en évolution. *Communication et organisation*, (5).
- Giroux, N. (2006). La démarche paradoxale de Karl E. Weick. *Les défis du sensemaking en entreprise*, 25-50.
- Giroux, N., & Marroquin, L. (2005). L'approche narrative des organisations. *Revue française de gestion*, (6), 15-42.
- Glaserfeld, E. (s. d.). VON,(1988),«Introduction à un constructivisme radical». *L'invention de la réalité, Paris, Seuil*, 9-43.
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris: Editions de Minuit.
- Goffman, E. (1991). *Les cadres de l'expérience*. Paris: Editions de Minuit.
- Golsorkhi, D. (2006). La fabrique de la stratégie. *Vuibert, Paris*.
- Grawitz, M. (1979). *Methodes des sciences sociales : 4e ed*. Paris: Dalloz.

Bibliographie

- Greenwood, R., Suddaby, R., & Hinings, C. (2002). Theorizing change: The rôle of professional associations in the transformation of institutionalized fields. *Academy of management journal*, p. 58-80.
- Grenier. C (2008). L'organisation Orientée Diversité - Conception et diversité (refusée, acceptée, explorée) des parties prenantes, mémoire de HDR, mai, Paris-Dauphine.
- Grenier. C (2009). Le réseau de santé: une lecture constructiviste par la notion de gouvernance conceptive. *Journal d'économie médicale*, (1-2), 73-89.
- Grenier, C. (2011). Structuring an integrated care system: interpreted through the enacted diversity of the actors involved—the case of a French healthcare network. *International Journal of Integrated Care*, 11. Consulté à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107087/>
- Grenier, C. (2015). Construire la diversité des acteurs pour innover - le cas d'un réseau de santé. *revue RIMHE*, n°15 janv, fev, 66-84.
- Grenier C., Bernardini-Perinciolo J., (2015) « Le manager hybride, acteur-passeur et acteur-clôture aux frontières institutionnelles. Analyse d'un médecin-chef de pôle hospitalier», *Revue française de gestion* 5/2015 (N° 250) , p. 125-
- Guillermit, L., & Fichant, M. (2008). *Leçons sur la Critique de la raison pure de Kant*. Paris: Librairie philosophique J. Vrin.
- Hatchuel, A. (1994). Les savoirs de l'intervention en entreprise. *Entreprise et histoire*, 7, 59-75.
- Hatchuel, A. (1996). Coopération et conception collective. Variété et crises des rapports de prescription. *Coopération et conception*, 101-122.
- Hatchuel, A. (2000). Quel horizon pour les sciences de gestion? Vers une th'eorie de l'action collective. *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, 7-43.
- Hatchuel, A. (2005). Pour une épistémologie de l'action collective. In *Gouvernement, organisation et gestion : l'héritage de Michel Foucault*.
- Hume, D. (1973). *Traité de la nature humaine*, tome 1, traduction d'André Leroy. Paris, Aubier Montaigne.
- James, W. (1916). *La volonté de croire*. Flammarion.

Bibliographie

- James, W. (2011). *Le pragmatisme: un nouveau nom pour d'anciennes manières de penser*. [Place of publication not identified]: French Book Distribution.
- James, W. (2014). *The will to believe, and other essays in popular philosophy*.
- Jardel, J.-P., & Lorida, C. (2000). *Les rites dans l'entreprise: une nouvelle approche du temps*. Editions Eyrolles.
- Jeffrey, D. (2003). *Eloge des rituels*. [Québec]: Saint-icholas, Québec: Presses de l'Université Laval ; Distribution de livres Univers.
- Jeffrey, D. (2011). Ritualisation et régulation des émotions. *Sociétés*, 114(4), 23-32.
- Joas, H. (2001). *La créativité de l'agir*. De Boeck Supérieur.
- Joas, H. (2007). *George Herbert Mead: une réévaluation contemporaine de sa pensée*. Paris: Economica.
- Josselson, R., & Leandri, M.-L. (1998). Le récit comme mode de savoir. *Revue française de psychanalyse*, 62(3), 895-905.
- Katz, D., & Kahn, R. (1966). The social psychology of organizations.
- Koenig, G. (1987). La théorie de l'organisation à la recherche de son équilibre. *De nouvelles théories pour gérer l'entreprise*.
- Koenig, G. (1996). Management: Les constructeurs: Karl E. Weick. *Revue française de gestion*, (108), 57-70.
- Koenig, G. (2003). L'organisation dans une perspective interactionniste. *Le sens de l'action*, 183.
- Krief, N., & Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en Sciences de Gestion*, (2), 211-237.
- Lacroix, A., & Assal, J.-P. (2011). *L'éducation thérapeutique des patients accompagner les patients avec une maladie chronique: nouvelles approches*. Paris: Maloine.
- Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management review*, 24(4), 691-710.

Bibliographie

- Laroche, H. (2003). Mann Gulch, l'organisation et la nature fantastique de la réalité. *Le sens de l'action*, 51-86.
- Laroche, H. (2006). Karl E. Weick et les managers: advertance et jugement dans l'action managériale. *Les Défis du Sensemaking en Entreprise; Karl Weick et les sciences de gestion*. Paris: *Economica*, 97-110.
- Laroche, H., & Steyer, V. (2012). L'apport des théories du sensemaking à la compréhension des risques et des crises, (2012-06). Consulté à l'adresse <http://www.FonCSI.org/fr/>.
- Lascoumes, P. (2005). De l'Etat à la Gouvernamentalité: une nouvelle perspective sur l'organisation politique. *Gouvernement, organisation et gestion: l'héritage de Michel Foucault*, 341-361.
- Leavitt, H. J. (1951). Quelques effets de divers réseaux de communication sur la performance en groupe. *Psychologie sociales. Textes fondamentaux anglais et américains*, 293-316.
- Le Breton, D. (1995). *Anthropologie de la douleur*. Paris: Editions Métailié.
- Le Breton, D. (2012). *L'interactionnisme symbolique*. Paris: PUF.
- Le Moigne, J.-L. (1993). Sur l'incongruité épistémologique des sciences de gestion. *Revue française de gestion*, 96, 123-52.
- Le Moigne, J. L. (1995). *Les Epistémologies constructivistes*. Paris: Presses universitaires de France.
- Lesca, N. (2002). Construction du sens: le cas de la veille stratégique et de l'exploitation collective des signes d'alerte précoce.
- Levitt, B., & March, J. G. (1988). Organizational learning. *Annual review of sociology*, 319-340.
- Lewin, K. (1972). *Psychologie dynamique: les relations humaines*. PUF.
- Lorrain, D. (2004). Les pilotes invisibles de l'action publique. Le désarroi du politique? *Gouverner par les instruments, Paris, Presses de Sciences Po*, 163-197.
- MacLean, N. Guiloineau, Jean. (1998). *La part du feu: récit*. Paris: Rivages.
- Madelrieux, S. (2011). *Bergson et James, cent ans après*. (Université Paris VII-Denis Diderot & Centre Georges Canguilhem, éd.) (1re édition). Paris: Presses universitaires de France.

Bibliographie

- Malherbe, M. (1994). *Qu'est-ce que la causalité? Hume et Kant*. Paris: Vrin.
- Marchand, A. (2015). MYTHES? CONTES? LEGENDES?
- Marin, C. (2003). L'« activité obscure » dans la philosophie de Félix Ravaisson.
- Marmuse, C. (1999). Le diagnostic stratégique: une démarche de construction de sens. *Finance Contrôle Stratégie*, 2(4), 77-104.
- Martinet, A.-C. (2000). Epistémologie de la connaissance praticable: exigences et vertus de l'indiscipline. A. David, A. Hatchuel, R. Laufer, *op. cit*, 111-124.
- Martinet, A.-C., & Pesqueux, Y. (2013). *Épistémologie des sciences de gestion*.
- Mead, G. H. (2006). *L'esprit, le soi et la société*. Paris: Presses universitaires de France.
- Mental research institute (Palo Alto, C. ., Watzlawick, P., Weakland, J. H., Gheerbrant, C., & Giribone, M. (2004). *Sur l'interaction Palo Alto, 1965-1974*. Paris: Éditions du Seuil.
- Mercier, S. (2001). L'apport de la théorie des parties prenantes au management stratégique : une synthèse de la littérature . Présenté à in Actes de la 10ème Conférence Internationale de Management Stratégique, Québec.
- Merleau-Ponty, M. (2002). *Causeries: 1948*. Seuil.
- Merleau-Ponty, M., & Lefort, C. (1964). *L'oeil et l'esprit*. Gallimard Paris.
- Modernité de Robert Ezra Park: les concepts de l'école de Chicago*. (2008). Paris: Harmattan.
- Moisdon. (2002). Sur la largeur des mailles du filet. In *Savoirs incomplets et gouvernement des organisations “, Communication to the Colloquium—Organiser après Foucault “, Ecole des Mines de Paris*.
- Moisdon. (2005). 12. Comment apprend-on par les outils de gestion? *Recherches*, 239–250.
- Moisdon, J.-C. (1984). Recherche en gestion et intervention. *Revue française de gestion*, 47(48), 61-73.
- Moisdon, J.-C. (2010). L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A. *Revue française des affaires sociales*, (1), 213-226.

Bibliographie

- Morin, E. (1992). *La méthode T. 3, La connaissance de la connaissance : anthropologie de la connaissance*. Paris: Ed. du Seuil.
- Nietzsche, F. W. (1988). *Par-delà le bien et le mal*. Paris: Union générale d'éditions.
- Nobre, T. (2006). Pour une lecture en hypertexte des organisations par la recherche-action: le cas du changement à l'hôpital. *Finance Contrôle Stratégie*, 9(4), 143-168.
- Olivier, M. (2013). *Peirce: la pensée et le réel*. Paris: Hermann.
- Olson, M. (1971). *Logique de l'action collective*.
- Ossipow, L. (2011). *La citoyenneté à l'épreuve des rites: l'exemple des réunions de foyer dans un dispositif d'éducation spécialisée* (Vol. 26). De Boeck Supérieur.
- Parent, M., & Deephouse, D. (2007). A Case Study of Stakeholder Identification and Prioritization by Managers. *Journal of Business Ethics*, 75(1), 1 - 23. <http://doi.org/10.1007/s10551-007-9533-y>
- Parsons, T., & Jones, I. (1960). *Structure and process in modern societies* (Vol. 3). Free Press New York.
- Pascal, B., & Autrand, M. (1984). *Pensées: extraits*. Paris: Bordas.
- Pascal, B., Brunschvicg, L., & Pascal, B. (1966). *Pensées et Opuscules*. Paris: Classiques Hachette.
- Peeters, H., & Charlier, P. (1999). Contributions à une théorie du dispositif. *Hermès*, 25, 15-23.
- Peirce, C. S., & Deledalle, G. (1978). *Ecrits sur le signe*. Paris: Éditions du Seuil.
- Perez, Y.-A. (2006). La littérature sur l'intervention de conseil dans les organisations. *La Revue des Sciences de Gestion*, (3), 151-158.
- Pesqueux, Y. (2007). Présentation Pour une évaluation critique de la théorie des parties prenantes. *Recherches*, 19-40.
- Piaget, J, Psychologist, S., & Piaget, J. (1972). *Où va l'éducation* (Vol. 100). Denoël/Gonthier.

Bibliographie

- Pierron, J.-P. (2007). Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences Sociales et Santé*, 25(2), 43 - 66.
<http://doi.org/10.1684/sss.2007.0203>
- Plane, J.-M. (2000). *Méthodes de recherche-intervention en management*. Editions l'Harmattan.
- Popper, K. R., Brudny, M.-I., & Buhot de Launay, M. (2006). *Conjectures et réfutations*. Paris: Payot.
- Postic, M. (1982). *La relation éducative* (2e éd. rev. et augm). Paris: Presses universitaires de France.
- Prusak, L. (Éd.). (1997). *Knowledge in organizations*. Boston: Butterworth-Heinemann.
- Ravaisson, F., & Marin, C. (2007). *De l'habitude*. Paris: Allia.
- Richard, S. W. (1992). Organizations: Rational, natural, and open systems. *Aufl., Englewood Cliffs (NJ)*.
- Rivière, C. (1995). *Les rites profanes*. Presses universitaires de France.
- Rivière, C. (2008). *Socio-anthropologie des religions*. Armand Colin.
- Roethlisberger, F. J., & Dickson, W. J. (2003). *Management and the Worker* (Vol. 5). Psychology Press.
- Rondeaux, G., & Pichault, F. (2011). Managers en quête de sens: l'identité organisationnelle comme boussole?
- Rouleau, L. (2005). Micro-Practices of Strategic Sensemaking and Sensegiving: How Middle Managers Interpret and Sell Change Every Day*. *Journal of Management Studies*, 42(7), 1413-1441.
- Schechner, R. (2013). *Performance studies: An introduction*. Routledge.
- Schutz, A. (1998). *Éléments de sociologie phénoménologique*. Paris; Montréal: L'Harmattan.
- Segalen, M. (2009). *Rites et rituels contemporains: Domaines et approches*. Armand Colin.
- Serres, M. (2009). *Temps des crises*. Paris: Pommier.
- Simmel, G. (1999). Sociologie. Études sur les formes de la socialisation. *Paris, PUF*.

Bibliographie

- Simmel, G., Vieillard-Baron, J.-L., Joly, F., & Simay, P. (2013). *Les grandes villes et la vie de l'esprit ; suivi de Sociologie des sens*. Paris: Éd. Payot & Rivages.
- Simon, H. A. (1965). *Administrative behavior* (Vol. 4). Cambridge Univ Press.
- Steiner, P. (2005). *La sociologie de Durkheim*. Paris: La Découverte.
- Sennett, R. (2013). *Ensemble: pour une éthique de la coopération*. Paris: A. Michel.
- Steyer, V. (2011). Réflexions sur le codage: une expérience¹. *AEGIS*, 11.
- Steyer V.(sd), communication "faire sens avec l'autre, faire sens de l'autre" consultable sur le site <http://www.strategie-aims.com/events/conferences/4-xxeme-conference-de-l-aims/communications/1388-faire-sens-avec-lautre-faire-sens-de-lautre/download>
- Swieringa, R. J., & Weick, K. R. (1987). Management accounting and action. *Accounting, Organizations and Society*, 12(3), 293-308.
- Tabuteau, D. (2007). La santé en quête de politique. *Les Tribunes de la santé*, 14(1), 29. <http://doi.org/10.3917/seve.014.0029>
- Tammam, D. (2007). *La douleur: de la phénoménologie à la clinique*. [Marseille]: Solal.
- Terssac, G. de, & Friedberg, E. (2002). *Coopération et conception*. Toulouse: Octares.
- Thiétart, R.-A. (2007). *Méthodes de recherche en management*. Paris: Dunod.
- Thomas, D. A., & Ely, R. J. (1996). Making differences matter. *Harvard business review*, 74(5), 79–90.
- Thonnard, F. J. (1963). Extraits des grands philosophes. *Desclée & Cie*.
- Tiercelin, C. (1993a). *C.S. Peirce et le pragmatisme*. Paris: Presses universitaires de France.
- Tiercelin, C. (1993b). *C.S. Peirce et le pragmatisme*. Paris: Presses universitaires de France.
- Travers, J. C.-M. (1946). *Valeur sociale de la Liturgie d'après saint Thomas d'Aquin (Lex Orandi, 5)* (Edition du Cerf, Vol. 1–1). Paris.
- Turner, V. W. (1975). *Dramas, fields, and metaphors: Symbolic action in human society*. Cornell University Press.
- Vandenbergh, F. (2001). *La sociologie de Georg Simmel*. Paris: Découverte.

Bibliographie

- Van Gennep, A. (1969). *Les rites de passage: étude systématique des rites de la porte et du seuil, de l'hospitalité, de l'adoption, de la grossesse et de l'accouchement, de la naissance, de l'enfance, de la puberté, de l'initiation, de l'ordination, du couronnement des fiançailles et du mariage, des funérailles, des saisons, etc* (Vol. 5). Johnson Reprint Corporation.
- Varela, F. J., & Varela, F. J. (1996). *Invitation aux sciences cognitives*. Paris: Seuil.
- Vidaillet, B. (2003a). *Le sens de l'action: Karl E. Weick: sociopsychologie de l'organisation*. Paris: Vuibert.
- Vidaillet, B. (2003b). *Le sens de l'action: Karl E. Weick: sociopsychologie de l'organisation*. Paris: Vuibert.
- Voyé, L. (1995). Le rite en question»: 105-136. *R. Devisch et al.*
- Voynnet-Fourboul, C. (2011). Le codage des données qualitatives: un voyage pragmatique. *AEGIS*, 19.
- Walger, O. (2011). Similitudes, différences, complémentarités entre médecins et infirmières en interaction avec le patient dans le cadre de programmes en éducation du patient diabétique: une revue de la littérature. *Education Thérapeutique du Patient-Therapeutic Patient Education*, 3(1), 45–55.
- Watthee-Delmotte, M. (2010). *Littérature et ritualité: enjeux du rite dans la littérature française contemporaine*. Peter Lang.
- Watzlawick, P. Hacker, Anne-Lise. (1988). *L'Invention de la réalité comment savons-nous ce que nous croyons savoir?: contributions au constructivisme*. Paris: Ed. du Seuil.
- Watzlawick, P. (1984). *La réalité de la réalité: confusion, désinformation, communication*. Paris: Seuil.
- Weber, M. (2009). *The theory of social and economic organization*. Simon and Schuster.
- Weick. (1979). *The social psychology of organizing*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Weick. (1990). The vulnerable system: An analysis of the Tenerife air disaster. *Journal of management*, 16(3), 571-593.
- Weick. (1993a). Sensemaking in organizations: Small structures with large consequences. *Social psychology in organizations: Advances in theory and research*, 10–37.

Bibliographie

- Weick. (2009). *Making sense of the organization*. Chichester, U.K: Wiley.
- Weick, K. E. (1987). Substitutes for strategy. in Teece D.J (éd) *The competitive challenge*, 221-233.
- Weick, K. E. (1988). Enacted Sensemaking in Crisis Situations [1]. *Journal of management studies*, 25(4), 305-317.
- Weick, K. E. (1993b). The collapse of sensemaking in organizations: The Mann Gulch disaster. *Administrative science quarterly*, 628-652.
- Weick, K. E. (1995a). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Weick, K. E. (1995b). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Weick, K. E. (2003). L'effondrement du sens dans les organisations: L'accident de Mann Gulch. In *Le sens de l'action* (p. 59-87). Vuibert.
- Weick, K. E. (2007). *Managing the unexpected: resilient performance in an age of uncertainty* (2nd ed). San Francisco: Jossey-Bass.
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the process of sensemaking. *Organization science*, 16(4), 409-421.
- Weick, K. E., & Vidaillet, B. (2003). *Le sens de l'action: Karl E. Weick: sociopsychologie de l'organisation*. Vuibert.
- Westley, F. R. (1990). Middle managers and strategy: Microdynamics of inclusion. *Strategic Management Journal*, 11(5), 337-351.
- Wiley, N. (1988). The micro-macro problem in social theory. *Sociological theory*, (6), 254-261.
- Wulf, C. (2003). Le rituel: formation sociale de l'individu et de la communauté. *Spirale*, (31), 65-74.
- Wulf, C., & Gabriel, N. (2005). Rituels. Performativité et dynamique des pratiques sociales (Introduction). *Hermès*, (3(43)), 9-20.
- Yin, R. K. (1984). *Case study research: design and methods*. Beverly Hills, Calif: Sage Publications.

Bibliographie

Zanoni, P., & Janssens, M. (2004). Deconstructing difference: The rhetoric of human resource managers' diversity discourses. *Organization studies*, 25(1), 55-74.

Annexes

L'équipe du CareHolder

L'EQUIPE DU CANTON VERT A SEPTEMBRE 2015

Les médecins :

Les Gériatres : Dr [REDACTED] (Vice-Président de l'Association), PH, hôpital d'Allauch

Dr [REDACTED]

Dr [REDACTED], Praticien Hospitalier

Les Alogologues : Dr [REDACTED], Hôpital d'Allauch

Madame [REDACTED], Cadre de santé, Présidente du CLUD

Dr [REDACTED] : Vice Président de l'association, intervenant pour ses compétences dans l'organisation des formations de médecins.

Les Médecins suivants, installés sur Allauch et Plan de Cuques

Dr [REDACTED]

Dr [REDACTED],

Dr [REDACTED],

Dr [REDACTED] (Hypnose, Homéopathie)

Interviennent en tant qu'expert au sein des ateliers, aux côtés des professionnels formés à l'ETP.

Les pharmaciens :

Félicia FERRERA, Coordonateur du présent programme. **Formation ETP, CRES PACA** et CEU ETP,AMU. Entretien Motivationnel de Niveau I. Titulaire associée Pharmacie de la Pounche, Diplôme Universitaire de Gérontologie Sanitaire et Sociale, AMU en cours.

[REDACTED], **Formation CEU ETP**, AMU. Formation à l'évaluation des programmes CRES PACA. Titulaire associée Pharmacie de la Pounche.

[REDACTED], Praticien Hospitalier, Pharmacien

[REDACTED], Pharmacien Hospitalier

Les Infirmiers :

Madame Agnès AVINSAC, IDE Coordinatrice de l'Association de Coordination du Canton Vert. **Formation ETP, CRES PACA. DU de Soins Palliatifs.** Mme Avinsac **interviendra sur un temps détaché de sa mission de coordinatrice** du canton vert.

Madame [REDACTED], IDEL, Cabinet de l'Etoile 13013

Madame [REDACTED], IDEL Cabinet de l'Etoile 13013

Madame [REDACTED], IDEL Cabinet des Iris 13190

Madame [REDACTED], IDEL Allauch (anciennement CH d'Allauch)

Madame [REDACTED], IDEL, Château Gombert 13013

Madame [REDACTED], IDEL, Château Gombert 13013

Madame [REDACTED], IDE, DU DOULEUR, formation **ETP 20H00**

Monsieur [REDACTED], IDE, Cabinet des Olives

Le kinésithérapeute :

Madame [REDACTED], Kinésithérapeute Château Balnéo, 13011 Marseille.

Les diététiciennes :

Annexes

Madame [REDACTED], retraitée en avril 2015, exerce au centre hospitalier d'Allauch.

Madame [REDACTED], Centre Hospitalier d'Allauch, **Formation ETP en cours**

La psychomotricienne :

Madame [REDACTED], Psychomotricienne dans l'Equipe Spécialisée Alzheimer du CH d'Allauch

La psychologue :

Madame [REDACTED], Psychologue installée sur Plan de Cuques et intervenante auprès de l'EMSP.

L'Educateur Sportif :

Monsieur [REDACTED], Mise en Place d'une Education Thérapeutique du Patient (**ETP CRES** PACA Juin 2014). Son intervention *est financée* par un appel à projet, pour 40 séances de 1H, pour un groupe de 30 personnes.

ITACCA Marseille, [REDACTED] pour les cours d'APA visée articulations (TAI CHI CHUAN), interventions financées par AAP sport et santé ARS 2015.

L'ergothérapeute :

Monsieur [REDACTED], ergothérapeute. Cabinet ERGO, 13400 Aubagne

La sophrologue :

Madame I. Levy, Adjointe au maire d'Allauch, marraine du projet Ac Santé Allauch

Les partenaires de l'association de coordination du CANTON VERT :

Association de Patients 3A13, Asthme et Allergies 13

Association Française des Polyarthritiques et Rhumatismes Inflammatoires Chroniques

Le Pôle Info Senior

Lion's Club des Sablines d'Allauch

Le CCAS d'Allauch et Plan de Cuques

Le club des seniors d'Allauch

L'URPS Pharmaciens PACA

Les BENEVOLES

L'association réunit une équipe pluridisciplinaire, composée de professionnels de santé libéraux, de praticiens hospitaliers, d'associations et réseaux de santé et de partenaires institutionnels et municipaux qui diffusent les actions de l'association dans ses différents domaines d'activité (prévention, maladies chroniques, gestion des états instables. Aide aux aidants, médico-social).

Les professionnels de l'équipe interviennent *déjà* dans les actions de l'association depuis le démarrage du programme de prévention, dans les groupes de travail pluridisciplinaires ou encore adressent les patients dans la filière maintien à domicile.

Annexes

Partenaires Associatifs ou Institutionnels	Type d'intervention
Centre Hospitalier d'Allauch, Direction	Soutien logistique
Centre Hospitalier d'Allauch, madame SIFFON, Coordinatrice Générale des soins	Projet Ville-Hôpital
SSIAD – [REDACTED] , Cadre de Santé, Présidente du CLUD du CH d'Allauch	Expertise douleur.
Madame [REDACTED] , cadre de santé, USA, maison de retraite	Expertise soins aux personnes âgées vulnérables
Mme [REDACTED] : Responsable des Services Sociaux Educatifs du CH d'Allauch	Adressage des patients en sortie Hospitalière
Coordinatrice du PIS : Madame [REDACTED]	Adressage des patients. Partenaire médico-social en lien avec les CCAS d'Allauch et PDC.
ARARD, Madame V. VIGNE	Activité Physique Adaptée, Adressage de patients
Club des Seniors, Club de l'Entraide, Madame [REDACTED] . Directrice de la maison des associations	Lien social. Communication
CCAS d'Allauch	Service de taxi (non payant) permettant aux PA isolées de se rendre sur le site des réunions
Madame [REDACTED] Chargée de Mission, Mairie d'Allauch. Marraine du projet Ac Santé avec [REDACTED]	Lien projet-partenaires municipaux. Communication
CCAS Plan de Cuques	Adressage de patient. Diffusion des programmes et journées de prévention
Association d'Aide Aux Aidants	Proposition d'activité pour les Aidants
Service Social Hôpital LAVERAN, [REDACTED]	Diffusion des programmes et journées de prévention auprès des services et des médecins

Annexes

	<u>Signalement de patients</u>
CIQ, La Pounche	Groupe de bénévoles pour animer le groupe d'APA
Lion's Club des Sabines	Participation aux évènements festifs (Salon du Bien Vieillir, Goûter de Noël

Le poster AFDET

L'Education Thérapeutique du Patient peut-elle être à l'origine de la coopération entre professionnels, requise pour proposer des Parcours de Soins coordonnés et personnalisés sur un territoire?

F. FERRERA BIBAS¹, R. SARIAN², N. JAFFRES³, C. GILLY⁴, V. ROCCHI⁵, A. AVINSAC⁶, J. COTI⁷, A. DE BALMANN⁸

¹ Doctorante Institut de Management Public et de Gouvernance Territoriale Aix-Marseille Univ – Docteur en Pharmacie, Pharmacie de la POUNCHE - 13190 Allauch
² Directeur du Centre Hospitalier d'Allauch; Président de la « Coordination du CANTON VERT », ³ Adjoint au Directeur du Centre Hospitalier d'Allauch, ⁴ Docteur en Médecine Générale, 13190-Allauch
⁵ Docteur en Pharmacie, Pharmacie de la POUNCHE, ⁶ IDE coordinatrice de la « Coordination du Canton Vert », ⁷ Cadre de Santé, Centre Hospitalier d'Allauch, ⁸ Coordinatrice du CLIC

Notre recherche doctorale porte sur l'étude de processus de coopération d'acteurs dans les champs sanitaire et social pour faciliter le parcours de soin des personnes âgées. Nous cherchons à définir les contours d'un accompagnement permettant, sur un territoire donné:

- ✓ 1- De prévenir, d'anticiper et/ou d'accompagner les dégradations de leur état de santé liées à des raisons d'ordre médical et/ou social
- ✓ 2- De mobiliser précocement et de manière contextualisée la coopération entre professionnels de santé et structures territoriales pour apporter un accompagnement adapté et efficient aux personnes requérant le soin.

Le dénominateur commun de nos objectifs est la COOPERATION, de la personne et de son entourage lors de la mise en place de comportements favorables à sa santé et la COOPERATION des professionnels au sein de parcours de soins coordonnés

Objectif

Favoriser le développement des interactions entre acteurs (y compris patients et aidants) par le biais d'un programme d'éducation et de prévention en santé. Nous émettons l'hypothèse que la coopération peut naître des échanges et du partage de sens qui émerge de ce type d'activité et pourra se poursuivre au-delà, dans d'autres types d'activité.

Méthode

1. Terrain de la recherche

La « COORDINATION DU CANTON VERT »

- ✓ Est un réseau Territorial de Santé à orientation gérologique
- ✓ Est situé sur le Centre Hospitalier d'Allauch

Six niveaux d'accompagnement des personnes âgées ont été définis

- ✓ Prévention de la perte d'autonomie
- ✓ Soutien médico-social (CLIC)
- ✓ Maladies chroniques
- ✓ Prévention des états instables (Equipe Spécialisée Alzheimer)
- ✓ Maintien à domicile (SSIAD)
- ✓ Hospitalisation (EPHAD, court, moyen, long séjours)
- ✓ Aide Aux Aidants

3. Point de départ

Projet AC'SANTE ALLAUCH
Programme de Prévention et d'Education pour le maintien de l'autonomie de la personne âgée de plus de 75 ans.

- ✓ Descriptif: Séances Interactives de Prévention Coordonnées et Ciblées
- ✓ Objectifs: Favoriser les bons comportements de santé et prévenir les comportements à risque : chute, iatrogénie, isolement, dénutrition
- ✓ Patients et méthodes: 20 inscrits, 20 séances de 2h, bénévolat des professionnels

2. Intervenants

Professionnels libéraux, direction de l'hôpital, professionnels de santé des services hospitaliers, personnels municipaux, services sociaux, associations municipales et caritatives.

Résultats préliminaires

Question posée : « qu'est ce qui nuit le plus à votre qualité de vie » parmi les items suivants :

- ✓ Douleurs et inconfort
- ✓ Perte d'énergie et fatigue
- ✓ Manque de sommeil et/ou de repos
- ✓ Pensées négatives ou irritabilité
- ✓ Dépendance aux médicaments ou aux aides médicales
- ✓ Perte de mémoire et/ou de concentration
- ✓ Problèmes respiratoires
- ✓ Manque de mobilité
- ✓ Autres (à préciser)

Sur les 18 participants (18 réponses) 13 personnes ont révélé que la douleur était le premier facteur impactant leur de qualité de vie. Par la suite un « groupe de parole » a révélé qu'à l'origine des 4 comportements à risque identifiés, il y a des **DOULEURS CHRONIQUES liées aux rhumatismes, mal de dos...** qui empêchent de sortir, de se faire à manger, incitent à prendre des médicaments hors prescription et sont peut être cause de chute.

Discussion-Evolution du projet

Cette prise de conscience entre participants et intervenants, nous a conduit à envisager la mise en œuvre d'un accompagnement de ces douleurs. Un **PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE** est en cours d'élaboration et se déclinera à cinq niveaux :

- ✓ Pour la personne, l'objectif sera : **MIEUX VIVRE AVEC SES DOULEURS** (articulaires, dos...)
- ✓ Pour les professionnels, initier à partir de l'ETP une dynamique de coopération permettant de structurer un parcours de soins coordonné
- ✓ Pour les soignants et intervenants proposer un lieu et des pratiques rompant avec un exercice spécialisé et isolé
- ✓ Participer à la diffusion de l'ETP, des autres programmes existants (diabète, asthme...) dont pourraient bénéficier les personnes du territoire d'Allauch Plan de Cuques atteintes de maladies chroniques. Diffusion portée par les professionnels et acteurs de SANTE (y compris associatif et municipal) du territoire.
- ✓ Créer une dynamique territoriale prônée par la loi HPST, véhiculée par des « personnes ressources » et des « patients experts »

Perspectives- Conclusion

Grille de lecture de l'Education Thérapeutique ¹	Conclusion								
<p>Action collective L'ETP s'appuie en partie sur les interactions sociales et les processus sociaux pour agir sur les savoirs et les comportements des individus. Nous cherchons à évaluer le développement des liens qui sous-tendent la coopération à la fois dans les situations pédagogiques (entre professionnels et patients) et sociales (entre professionnels d'une part et entre patients d'autre part).</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Ac' SANTE</th> <th style="width: 50%;">ETP Douleurs chroniques</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Patients 20 patients 1 homme-19 femmes 2 abandons immédiats (le couple) Taux de présence moyen /18 pers. 76.1% </td> <td> Liste d'attente : 16 personnes (13 femmes du groupe). Information non encore diffusée hors de Ac'Santé Allauch. </td> </tr> <tr> <td> Professionnels 2 MG + 1 Spécialiste + 1 pharmacien coordonnateur de l'asthme adulte (EAM) + 1 pharmacien (ETP en cours) + 1 Kiné + 1 diététicienne + 1 sophrologue + 1 psychologue + 1 cabinet dentaire + 1 cabinet de 5 IDE (ETP) </td> <td> Les mêmes et se rajoutent : + 1 IDE coordinatrice (ETP en cours) +5 MG prêts à participer soit au niveau des ateliers, soit de la construction des outils, soit au niveau de l'évaluation + 1 cdt d'IDE + 2 spécialistes + 3 professionnels de santé du CH d'Allauch </td> </tr> <tr> <td> Aidants 1 à 2 aidants présents aux séances </td> <td> 5 aidants prêts à s'investir dans la construction des outils et dans l'évaluation </td> </tr> </tbody> </table> <p>La Gouvernance L'architecture du pouvoir est symétrique, le pilotage est centralisé². Le choix de la problématique a émergé lors du groupe de parole consécutif à la question posée. La coordination à pour mission de rassembler les ressources et compétences utiles pour l'objectif à atteindre (ici faire en sorte que les patients vivent mieux avec la douleur), l'animation a en charge l'instauration d'un climat de confiance et de réciprocité.</p> <p>Les Instruments Nous proposons la co-construction d'un outil permettant aux patients de transmettre aux soignants leur perception de la douleur et aux soignants d'évaluer la douleur des patients (volontaires d'Ac Santé et volontaires professionnels, construction par groupe, puis tests intergroupes). Des apprentissages collectifs sont organisés (formation à l'hypnose pour les professionnels). Les autres outils appartiennent au champ de l'ETP.</p> <p>L'activité L'objectif sera de transmettre des compétences psycho-sociales, de sécurité et d'adaptation et de rassembler les ressources à disposition sur un territoire pour accompagner les patients à mieux vivre avec la douleur.</p>	Ac' SANTE	ETP Douleurs chroniques	Patients 20 patients 1 homme-19 femmes 2 abandons immédiats (le couple) Taux de présence moyen /18 pers. 76.1%	Liste d'attente : 16 personnes (13 femmes du groupe). Information non encore diffusée hors de Ac'Santé Allauch.	Professionnels 2 MG + 1 Spécialiste + 1 pharmacien coordonnateur de l'asthme adulte (EAM) + 1 pharmacien (ETP en cours) + 1 Kiné + 1 diététicienne + 1 sophrologue + 1 psychologue + 1 cabinet dentaire + 1 cabinet de 5 IDE (ETP)	Les mêmes et se rajoutent : + 1 IDE coordinatrice (ETP en cours) +5 MG prêts à participer soit au niveau des ateliers, soit de la construction des outils, soit au niveau de l'évaluation + 1 cdt d'IDE + 2 spécialistes + 3 professionnels de santé du CH d'Allauch	Aidants 1 à 2 aidants présents aux séances	5 aidants prêts à s'investir dans la construction des outils et dans l'évaluation	<p>Notre recherche est ancrée dans un problème concret du quotidien. Nous avons émis l'hypothèse que l'ETP peut être, à l'origine la rencontre dialogique dans laquelle naît la coopération entre acteurs différents. Notre recherche-intervention s'inscrit dans un paradigme constructiviste, nous emprunterons la métaphore de la construction pour résumer notre hypothèse : l'ETP est la pierre angulaire des coopérations car elle permet de rassembler et combiner les ressources de Santé d'un territoire; le parcours de soin en serait la clef de voûte car il donne une cohésion à un ensemble de moyens, le coordonnateur et/ou les animateurs de réseaux seraient les conducteurs de ces travaux.</p> <p>La réalisation pratique de ce projet montre l'importance de l'unicité de LIEU. Dans notre étude, le CH- d'Allauch est à la fois un symbole de Soins mais aussi un ancrage pour rassembler la diversité des acteurs et des ressources, d'accompagnement du patient.</p> <p>L'inscription sur un territoire de dispositifs d'ETP nous est également apparue capitale tant pour les professionnels qui ont ainsi plus de facilité à intervenir, que pour les patients dont la proximité avec les soignants sont un vecteur de confiance et de suivi.</p>
Ac' SANTE	ETP Douleurs chroniques								
Patients 20 patients 1 homme-19 femmes 2 abandons immédiats (le couple) Taux de présence moyen /18 pers. 76.1%	Liste d'attente : 16 personnes (13 femmes du groupe). Information non encore diffusée hors de Ac'Santé Allauch.								
Professionnels 2 MG + 1 Spécialiste + 1 pharmacien coordonnateur de l'asthme adulte (EAM) + 1 pharmacien (ETP en cours) + 1 Kiné + 1 diététicienne + 1 sophrologue + 1 psychologue + 1 cabinet dentaire + 1 cabinet de 5 IDE (ETP)	Les mêmes et se rajoutent : + 1 IDE coordinatrice (ETP en cours) +5 MG prêts à participer soit au niveau des ateliers, soit de la construction des outils, soit au niveau de l'évaluation + 1 cdt d'IDE + 2 spécialistes + 3 professionnels de santé du CH d'Allauch								
Aidants 1 à 2 aidants présents aux séances	5 aidants prêts à s'investir dans la construction des outils et dans l'évaluation								

¹ Répertoire de mode de gouvernance des réseaux d'après ASSENS (2003)
² F. FERRERA BIBAS - « Comment les dispositifs pour repenser le processus de coopération dans le champ sanitaire et social, colloque Santé MM 2013 - Forum Management - IRETS »

Plaquette salon du bien vieillir 2014

Annexe :

Centre Hospitalier d'Allauch - Chemin des Mille Ecus 13190



4^{ème} SALON
du BIEN VIEILLIR



Conférences et ateliers bien-être

Journée entièrement gratuite

Places limitées

Repas Offert sur inscription

Inscriptions avant le 6 septembre 2014

Alexa de Balmann : 04.91.10.46.83

Agnès Avinsac : 06.48.38.86.20

Coord.geronto@ch-allauch.fr

Conclusion de la partie - 327

Flyer canton vert



5^{ème} POLE GERONTOLOGIQUE
du **Groupement de Coopération Sanitaire**
(GCS) de Marseille et son agglomération

La « coordination du CANTON VERT »

est un dispositif médico-social pour vous faciliter l'accompagnement des personnes âgées du territoire en fonction de leurs problématiques propres. Nous proposons de faire le lien entre vous et les différents acteurs du territoire : structures associatives, sociales et hospitalières.

Une **IDE Coordinatrice**, peut sur votre demande, se rendre au domicile du patient et le faire bénéficier de toutes les **ressources disponibles** sur le territoire, selon ses besoins. Elle vous tiendra informés des éventuelles démarches accomplies.

Coordonnées :
Madame Agnès AVINSAC
06.48.38.86.20

FACILITER LE PARCOURS DE SANTE DE LA PERSONNE AGEE DE PLUS DE 75 ANS SUR ALLAUCH PLAN DE CUQUES

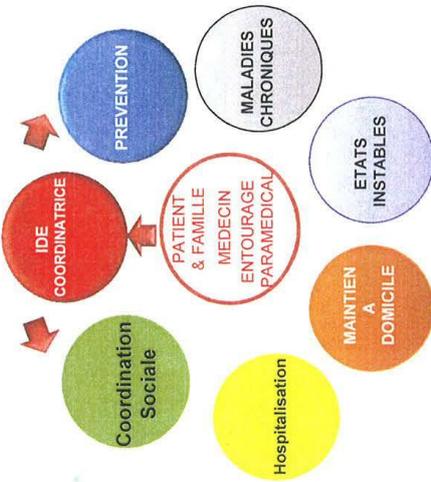
IDEC
06.48.38.86.20

Coordination de Santé du CANTON VERT

Un dispositif pour aider vos patients âgés et vulnérables à préserver leur autonomie et à rester à leur domicile

FACILITATEUR DU MAINTIEN DE L'AUTONOMIE ET DU MAINTIEN A DOMICILE

Pôle Allauch-Plan de Cuques du Groupement de Coopération Sanitaire
Pôle Gériatologique Marseille & Agglomération



Chemin des mille écus – 13190 Allauch
Tel : 06-48-38-86-20
Coord.geronto@ch-allauch.fr



Aides Sociales

Nous travaillons en partenariat avec Le CLIC antenne du Canton Vert et les structures sociales du secteur. Nous facilitons la mise en place des différentes aides sociales APA, Aides Ménagère, réaménagement du domicile, transports.



Ac'Santé Allauch

Programme de prévention pour le maintien de l'autonomie 20 séances interactives et ciblées sur pour éviter les principaux facteurs de risque : la chute, la iatrogénie médicamenteuse, la dénutrition, l'isolement



L'association du CANTON VERT : Le Parcours de Santé de la Personne Agée de plus de 75 ans sur Allauch Plan de Cuques
Un lien entre les besoins de santé d'une personne et les ressources de santé du territoire



Maladies chroniques

Education Thérapeutique du Patient En partenariat avec des réseaux de santé spécialisés. Permettre à la personne de connaître sa maladie pour la vivre le mieux possible



Gestion des Etats Instables

Eviter les hospitalisations inutiles
 Proposer en coordination avec le MG du patient des Prescriptions Anticipées Personnalisées
 Partenariat avec l'Equipe Spécialisée Alzheimer du Centre Hospitalier d'Allauch.



Maintien à domicile

Faciliter le maintien à domicile en coordonnant les ressources de santé territoriales pour les besoins du malade et de son Aidant.



Hospitalisations

Aider la personne et son Aidant à vivre au mieux l'hospitalisation : Accompagner le changement de l'état de santé, le changement de traitements...



Aide Aux Aidants

Accompagner l'Aidant dans son quotidien, lui donner un espace d'expression.

Journées thématiques de l'audition

5 Annexe : Journées thématiques de la douleur

17^e Journée Nationale de l'Audition
Campagne d'information et de prévention dans le domaine de l'audition

  **13 MARS 2014** 

La journée sera co-animée par :
Mmes Agnès Avinsac : IDE Coordinatrice du Canton Vert -
Madame Alexa de Balmann : Coordinatrice du CLIC -
Madame Félicia FERRERA : Pharmacien

 Cette journée est proposée par le CLIC et le Réseau de Santé du Canton Vert
En partenariat avec :
La Mairie d'Allauch
Les audioprothésistes d'Allauch et Plan de Cuques
L'association APSAMED

SENIORS  « Je n'entends plus aussi bien qu'avant, je me sens isolé... »

Renseignements :
Madame AVINSAC – **06.48.38.86.20**

Centre Hospitalier d'Allauch -Chemin des Mille Ecus
13190 Allauch

Conclusion de la partie - 294

Autorisation programme Ic-Care-Top



— Direction de la santé publique et environnementale
Coordination transversale de l'éducation thérapeutique des patients

— Affaire suivie par : Dr SCIORTINO Martine
Courriel : martine.sciortino@ars.sante.fr

— Téléphone : 04 13 55 82 85

— Réf : DSPE-0614-2733-D
Reco : 1A 088 060 9871 9

— PJ : 1

— Date : 17 juin 2014

— Objet : Notification de décision

Monsieur le président
Association Coordination du Canton vert
CH Allauch
Chemin des Mille Ecus
13190 Allauch

Monsieur le président,

Je vous prie de trouver ci-joint la décision concernant votre demande d'autorisation de programme d'éducation thérapeutique :

« Education thérapeutique pour le patient insuffisant cardiaque IC-CARE-TOP », coordonné par le docteur FERRERA Félicia.

Je vous prie de croire, Monsieur le président, à l'expression de ma considération distinguée.

Pour le directeur général de l'ARS et par délégation,
le responsable de l'éducation thérapeutique,

Docteur Martine SCIORTINO.





— Direction de la Santé Publique et Environnementale
— Coordination transversale de l'éducation thérapeutique des patients

—
—
— Le directeur général de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur

— VU le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1161-1, L. 1161-2, L. 1161-4, L. 1162-1,

VU les décrets n° 2010-904 et n° 2010-906 du 2 août 2010 relatifs aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient et aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient,

VU les arrêtés du 2 août 2010 relatifs au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient,

VU la demande en date du **30/05/2014** présentée par l'association de coordination de santé du Canton Vert et réceptionnée le 2/06/2014 en vue d'obtenir l'autorisation d'un programme d'éducation thérapeutique intitulé : « **Education thérapeutique pour le patient insuffisant cardiaque IC-CARE-TOP**»,

VU le dossier reconnu complet le **13/06/2014** à réception d'une pièce complémentaire ,

CONSIDERANT que le programme d'éducation thérapeutique intitulé « **Education thérapeutique pour le patient insuffisant cardiaque IC-CARE-TOP**» mis en œuvre au sein de votre établissement est conforme au cahier des charges mentionné à l'article L. 1161-2 du code de la santé publique ;

CONSIDERANT que le programme d'éducation thérapeutique intitulé « **Education thérapeutique pour le patient insuffisant cardiaque IC-CARE-TOP**» répond aux obligations mentionnées aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 du code de la santé publique, relatifs aux incompatibilités et interdictions pour l'élaboration des programmes et leur mise en œuvre sont respectées ;

CONSIDERANT que la composition et les compétences de l'équipe du programme d'éducation thérapeutique intitulé « **Education thérapeutique pour le patient insuffisant cardiaque IC-CARE-TOP**» répond aux obligations définies à l'article R. 1161-3 du code de la santé publique ;

— Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur Siège : 132, boulevard de Paris - CS 50039 - 13331 Marseille Cedex 03
— Tél 04.13.55.80.10 / Fax : 04.13.55.80.40
— [http:// www.ars.paca.sante.fr](http://www.ars.paca.sante.fr)



Annexes

Décide :

Article 1er : L'autorisation est accordée à l'association coordination du Canton Vert pour la mise en place de son programme d'éducation thérapeutique intitulé « **Education thérapeutique pour le patient insuffisant cardiaque IC-CARE-TOP** » coordonné par le docteur Félia FERREIRA.

Article 2 : La durée de validité de l'autorisation de ce programme est de quatre ans à compter de la date de la notification de la présente décision, conformément à l'article R. 1161-4 du code de la santé publique.

Article 3 : Cette autorisation n'induit pas obligatoirement un financement.

Article 4 : Conformément à l'article R. 1161-6 du code de la santé publique, toutes modifications portant sur le changement du coordonnateur mentionné à l'article R. 1161-3, sur les objectifs du programme ou la source de financement du programme sont subordonnées à une autorisation préalable. Les autres éléments de l'autorisation font l'objet d'une déclaration annuelle.

Fait à Marseille le 17/06/2014

**Pour le directeur général de l'ARS
et par délégation
Le directeur de la santé publique et environnementale,**



Docteur Hugues RIFF.

Partenariat CCAS Plan de Cuques

Annexe :



CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE



HOTEL DE VILLE - 13380 PLAN-DE-CUQUES
TEL. : 04 91 10 42 00 - FAX : 04 91 05 30 62

Plan-de-Cuques, le 21 octobre 2014



Centre hospitalier d'Allauch
A l'attention de M. SARIAN
Chemin des Mille Ecus
13190 ALLAUCH

Copie + Agne
[Signature]

Nos références : AN/2014/

Dossier suivi par : Angélique NATALI

Objet : Salon du maintien à domicile

Cher Ami,

Je fais suite au salon du maintien à domicile que nous avons organisé le mercredi 8 octobre 2014. Cette journée a été un réel succès, succès que nous n'aurions pas atteint sans votre participation.

Nous avons été félicités pour la pertinence des professionnels présents et des informations données et nous voulions vous en faire écho.

C'est pourquoi je tenais à vous remercier pour votre disponibilité et votre professionnalisme.

Grâce à vous, nous avons permis aux séniors de Plan de Cuques et des alentours d'avoir des réponses adaptées à leurs questionnements quant au maintien à domicile et à l'envisager de manière sereine.

Ainsi, nous pouvons prévoir un 2ème salon du maintien à domicile dans les années futures.

Je vous prie de croire, Cher Ami, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Bien
Amiciblement
Le Vice-Président
Adjoint au Maire
Délégué aux Affaires Sociales et Familiales

[Signature]
Gilbert BONSIGNOUR

Conclusion de la partie - 348

Liste des membres présents à l'AG du 28/11/2014

Association de Coordination de Santé du Canton Vert
AGE 28 Novembre 2014 - 14h30 - Centre Hospitalier d'Allauch- Feuille de Présence

FONCTION	NOM	PRENOM	FONCTION	ADRESSE	TELEPHONE	MAIL	Signature
Membre du bureau	SANTON	[REDACTED]	Président Directeur CH	Centre Hospitalier d'Allauch Chemin des Mille Ecus - 13190 ALLAUCH	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Membre du bureau	FABIANI	[REDACTED]	Secrétaire Gen. Pharmacie	Pharmacie de la Poudre Bd Barthélémy - 13190 ALLAUCH	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Membre du bureau	BONTEMPS	[REDACTED]	Trésorier Directeur MDR	Résidence Vivre à l'Oustabu Quartier l'Albhos - 13720 BELCODENE	06 75 30 11 11	[REDACTED]	[REDACTED]
Administrateur	BOLEDA	Annie-Sylvie		11, lotissement Claire Lumière Boulevard Barthélémy - 13190 ALLAUCH	06 75 30 11 11	[REDACTED]	Pouvoir
Administrateur	DIAPHINA	Bernard	Chef de service	Centre Hospitalier d'Allauch Chemin des Mille Ecus - 13190 ALLAUCH	06 75 30 11 11	[REDACTED]	Absente
Administrateur	BIENIEP	Corinne	Professeur chercheur			[REDACTED]	Pouvoir
Administrateur	FOURTIER	Jacques	Géronte	Centre Hospitalier d'Allauch Chemin des Mille Ecus - 13190 ALLAUCH	06 75 30 11 11	[REDACTED]	[REDACTED]
Administrateur	RODT	Myriam	IDE	Centre d'Affaires de la Valentine Bât. 1 20 traverse de la Montre - 13011 Marseille	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Administrateur	VEGIDA	Isabelle	Cadre Socio-éducatif	Centre Hospitalier d'Allauch Chemin des Mille Ecus - 13190 ALLAUCH	06 75 30 11 11	[REDACTED]	[REDACTED]
Adhérent	BERGOT	Michel	Retraité	6 rue des Michels - 13190 ALLAUCH	06 75 30 11 11	[REDACTED]	Bergot
Adhérent	BERGOT	Jerôme	Retraité	6 rue des Michels - 13190 ALLAUCH	06 75 30 11 11	[REDACTED]	[REDACTED]
Adhérent	BONTEMPS	Fabienne	Inf conseiller Technique	2 rue des papalines - 84 000 AVIGNON	06 75 30 11 11	[REDACTED]	[REDACTED]
Adhérent	CHRON-MARTIN	Christine	Médecin	Résidence le Garlaban 1 av Georges Pompidou 13380 PD Ciquies	06 75 30 11 11	[REDACTED]	Pouvoir

12



Association de Coordination de Santé du Canton Vert
AGE 28 Novembre 2014 - 14h30 - Centre Hospitalier d'Allauch - Feuille de Présence

ADHERENT	FONCTION	NOM	PRENOM	FONCTION	ADRESSE	TELEPHONE	MAIL	Signature
Adhérent	IDE	[REDACTED]	[REDACTED]	IDE	4 Bd du Vercors, 13380 Plan de Cuges	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	Retraitee	[REDACTED]	[REDACTED]	Retraitee	Chemin des 4 familles - 13190 Allauch	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	Retraité	[REDACTED]	[REDACTED]	Retraité	Chemin des 4 familles - 13190 Allauch	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	Chef contrôleur RTM	[REDACTED]	[REDACTED]	Chef contrôleur RTM	50 av Marcel Julien Le clos du Puisselet BTE - 13190 ALLAUCH	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	Secrétaire	[REDACTED]	[REDACTED]	Secrétaire	60 av Marcel Julien Le clos du Puisselet BTE - 13190 ALLAUCH	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	Retraitee	[REDACTED]	[REDACTED]	Retraitee	1 Bd Jean Chausa - Les Embus 13190 ALLAUCH	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	Sans profession	[REDACTED]	[REDACTED]	Sans profession	11, traverse E Carvin, 13190 Allauch	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	Psychologue	[REDACTED]	[REDACTED]	Psychologue	Résidence Terra Verde Bat. 3 171 avenue du Merlan - 13014 Marseille	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	IDE	[REDACTED]	[REDACTED]	IDE	Résidence Terra Verde Bat. 3 171 avenue du Merlan - 13014 Marseille	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	Dir des soins CH	[REDACTED]	[REDACTED]	Dir des soins CH	Chemin des 1000 eaus 13190 Allauch	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent		[REDACTED]	[REDACTED]		8 Ferrière de Ni (sur 2) 13 011 Marseille	06 62 33 01 39	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent		[REDACTED]	[REDACTED]		55 Chemin de la Marsaille	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]

109

Annexes



Association de Coordination de Santé du Canton Vert
AGE 28 Novembre 2014 - 14h30 - Centre Hospitalier d'Allauch - Feuille de Présence

FONCTION	NOM	PRENOM	FONCTION	ADRESSE	TELEPHONE	MAIL	Signature
Adhérent	BARU	Christel	Fonction Publ. Hospitalière	24 bd de la Trane - 13190 ALLAUCH	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	CHASTET VITO	M. EIZENBERG	Assistante en soins	Domaine des Gorgues - Figuiers 2 13190 ALLAUCH	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	GOUDERIE	Sylvie	Secrétaire de Direction	Centre Hospitalier d'Allauch Chemin des Mille Ecus - 13190 ALLAUCH	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	ESPIRATIER	Yvonne	IDE	20 traverse Paul Basile 13400 AUBAGNE	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	FALLETTA	Josephine	Secrétaire	Domaine du Castel 8 avenue du Consul 13013 Marseille	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	FLOUSTOUL	Mireille	Agent Administratif	Les platans Bat B1 13011 Marseille	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	SERFIDDO	Sylvie	Psychomotricienne	1613 A Route des Putis 13109 Simiane-Colongue	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	ROSSILIM	J. FRANCOIS	Fonctionnaire Territorial	Les Tilleuls 2 - 55 av de Valdonne 13013 Marseille	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	LEVY	Isabelle		1 bd Jean Chausa - Les Embus 13190 ALLAUCH	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	LEVY	Françoise	Médecin	15 avenue du Garlaban 13012 Marseille	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	LEVY	Joel	Pédiatre	15 avenue du Garlaban 13012 Marseille	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	MAKAPRAY	Mireille	Médecin	8 rue du Pilon 13190 Allauch	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérent	EMBO	Mireille	Assistante de Direction	Les Jardins d'Allauch Bat C11 314 chemin des Mille Ecus 13190 Allauch	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]

13p.



Association de Coordination de Santé du Canton Vert
AGE 28 Novembre 2014 - 14h30 - Centre Hospitalier d'Allauch - Feuille de Présence

FONCTION	NOM	PRENOM	FONCTION	ADRESSE	TELEPHONE	MAIL	Signature
Adhérente	[REDACTED]	[REDACTED]		Tour de la Pitié 13190 Allauch	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérente	[REDACTED]	[REDACTED]		Village Sol BATE les totes de la Ronde 4G 13190 AUUDCH	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérente	[REDACTED]	[REDACTED]		24 Rue des Postiers 13380 PARV. DE COURBET	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérente	[REDACTED]	[REDACTED]		SSIAD CH AUUDCH	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérente	[REDACTED]	[REDACTED]	Productrice	Rd de Turles Section 13 Route Hospitalier d'Allauch	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérente	[REDACTED]	[REDACTED]	Productrice	425 chemin de la Craie 13190 AUUDCH	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérente	[REDACTED]	[REDACTED]		425 chemin de la Craie 13190 AUUDCH	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérente	[REDACTED]	[REDACTED]	Productrice	24 Rue Chouk Kabaoshan 13013 FAVENELLE 8714	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérente	[REDACTED]	[REDACTED]		8 Rue de Grand Plaisir 13013 FAVENELLE	[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérente	[REDACTED]	[REDACTED]			[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérente	[REDACTED]	[REDACTED]			[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]
Adhérente	[REDACTED]	[REDACTED]			[REDACTED]	[REDACTED]	[Signature]

Question exploration APA

Nom : _____ Prénom : _____

Exploration de l'activité Physique 2/12/2014

Actuellement, pratiquez-vous une activité physique : marche à pied, montée d'escaliers, vélo, natation, gymnastique, ... ?

(Vous devez cocher une seule case.)

- Jamais ou très rarement
- De temps en temps
- 1 à 2 fois par semaine
- A peu près 1 jour sur 2
- Tous les jours ou presque

OK

A quelle fréquence, pratiquez-vous une activité physique d'au moins 20 minutes ?

(Faites une croix dans les cases qui correspondent à votre situation.)

Activité physique (au moins 20 minutes)	Jamais ou très rarement	De temps en temps	1 à 2 fois par semaine	A peu près 1 jour sur 2	Tous les jours ou presque
Marche à pied		X			
Vélo (d'extérieur ou d'appartement)					
Activité chez un Kiné			X X		
Autre					
Autre					

Vous sentez-vous prêt à faire plus d'activité physique pour protéger votre santé ?

(Vous pouvez cocher une ou plusieurs cases.)

- Oui, j'en fais déjà plus qu'avant et je compte bien augmenter encore
- Oui, parce que j'en faisais beaucoup avant
- Oui, cette fois j'ai vraiment l'intention de m'y mettre
- Oui, je vais essayer
- Oui, mais je ne suis vraiment pas sûr d'y arriver
- Non, parce que j'en fais déjà assez
- Non, parce que ça ne sert à rien
- Non, parce que j'ai peur d'avoir encore plus
- Non, parce que je n'aime pas ça
- Non, parce que je ne m'en sens pas capable
- Autre réponse : *je ne sais pas si je serai apte après mon intervention chirurgicale*

Conclusion de la partie - 310

Autorisation programme mieux vivre avec ses douleurs



Le directeur général

Direction de la santé publique et environnementale Coordination transversale de l'éducation thérapeutique des patients

Affaire suivie par : Dr SCIORTINO Martine
Courriel : martine.sciortino@ars.sante.fr

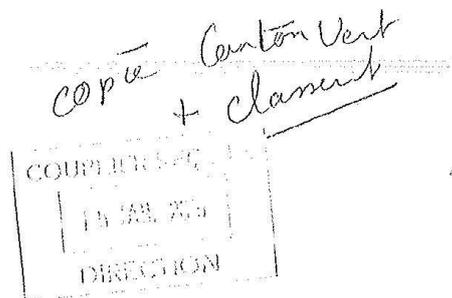
Téléphone : 04 13 55 82 85

Réf : DSPE-0115-0138-D

PJ : 1

Date : 09 janvier 2015

Objet : Demande d'autorisation d'un programme d'ETP



Monsieur le président
Association Coordination du Canton vert
CH Allauch
Chemin des Mille Ecus
13190 Allauch

Monsieur le président,

Je vous prie de trouver ci-joint la décision concernant votre demande d'autorisation de programme d'éducation thérapeutique intitulé :

«Education thérapeutique de la personne âgée présentant des douleurs chroniques», coordonné par Mme Félicia FERERRA BIBAS.

La décision de financement de ce programme vous parviendra ultérieurement, après réception à l'ARS du budget FIR 2015.

Je vous prie de croire, Monsieur le président, à l'expression de ma considération distinguée.

Pour le directeur général de l'ARS et par délégation,
le responsable de l'éducation thérapeutique,

Docteur Martine SCIORTINO.



Annexes



Réf : DSPE-0115-0138-D

Le directeur général de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1161-1, L. 1161-2, L. 1161-4, L. 1162-1,

Vu les décrets n° 2010-904 et n° 2010-906 du 2 août 2010 relatifs aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient et aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient,

Vu les arrêtés du 2 août 2010 relatifs au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient,

Vu le décret 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique.

Vu la demande en date du 10/12/2014 présentée par l'Association de coordination du Canton Vert et réceptionnée le 15/12/2014 en vue d'obtenir l'autorisation d'un programme d'éducation thérapeutique intitulé : «**Education thérapeutique de la personne âgée présentant des douleurs chroniques**»,

Vu le dossier reconnu complété le 8/01/2015 à réception des pièces manquantes,

Considérant que le programme d'éducation thérapeutique intitulé «**Education thérapeutique de la personne âgée présentant des douleurs chroniques**» mis en œuvre au sein de votre établissement est conforme au cahier des charges mentionné à l'article L. 1161-2 du code de la santé publique ;

Considérant que le programme d'éducation thérapeutique intitulé «**Education thérapeutique de la personne âgée présentant des douleurs chroniques**» répond aux obligations mentionnées aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 du code de la santé publique, relatifs aux incompatibilités et interdictions pour l'élaboration des programmes et leur mise en œuvre ;

Considérant que la composition et les compétences de l'équipe du programme d'éducation thérapeutique intitulé «**Education thérapeutique de la personne âgée présentant des douleurs chroniques**» répondent aux obligations définies à l'article R. 1161-3 du code de la santé publique ;

Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur Siège : 132, boulevard de Paris - CS 50039 - 13331 Marseille Cedex 03
Tél 04.13.55.80.10 / Fax : 04.13.55.80.40
<http://www.ars.paca.sante.fr>



Annexes

DECIDE

Article 1er :

L'autorisation est accordée à l'Association de coordination du Canton Vert pour la mise en place de son programme d'éducation thérapeutique intitulé «Education thérapeutique de la personne âgée présentant des douleurs chroniques» coordonné par Mme Félicia FERRERA BIBAS.

Article 2 :

La durée de validité de l'autorisation de ce programme est de quatre ans à compter de la date de la notification de la présente décision, conformément à l'article R. 1161-4 du code de la santé publique.

Article 3 :

Cette autorisation n'induit pas obligatoirement un financement.

Article 4 :

Conformément à l'article R. 1161-6 du code de la santé publique, toutes modifications portant sur le changement du coordonnateur mentionné à l'article R. 1161-3, sur les objectifs du programme ou la source de financement du programme sont subordonnées à une autorisation préalable. Les autres éléments de l'autorisation font l'objet d'une déclaration annuelle.

Fait à Marseille le 9/01/2015

Pour le directeur général de l'ARS
et par délégation
Le directeur de la santé publique et environnementale,
et par Délégation
Le Directeur de Santé publique et environnementale
Docteur Hugues RIFF
Docteur Hugues RIFF.

Présentation AAP, parcours de marche



DOSSIER DE CANDIDATURE POUR SUBVENTION
D'AIDE A LA QUALITE DES SOINS
FONDS DE DOTATION arard
COMITE SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE 2014

Offre réservée à la pratique hors CHU
Un seul projet par candidat

1 PROMOTEUR DU PROJET

FERRERA BIBAS Félicia
Association de coordination de santé du CANTON VERT
Association loi 1901. R de D n° W 133005636 Préfecture des Bouches du Rhône
Président : Robert Sarian, directeur du Centre Hospitalier d'Allauch
Trésorier : Gabriel Bordeaux, directeur EPHAD
Secrétaire Générale : FERRERA BIBAS Félicia, pharmacien d'officine
Coordinatrice : Agnès Avinsac, IDE

Adresse : Centre Hospitalier d'Allauch- Chemin des Mille Ecus- 13190 Allauch
Téléphone : 04.91.10.46.00 Port : 06.74.38.84.85
Télécopie: 04.91.10.46.83
E-mail : coord.geronto@ch-allauch.fr

2 TITRE DU PROJET :

Acquisition d'un parcours de marche pour favoriser l'Activité Physique Adaptée des personnes âgées

Ce projet s'inscrit dans une démarche globale de parcours de santé de la personne âgée sur le Canton Vert.

Jardin du Parcours Allaudien de Santé : le Jardin du PAS

Création d'un parcours de marche au sein d'un jardin thérapeutique.

Le Centre Hospitalier d'Allauch met à disposition de l'association une surface de 60m2 pour la création du JARDIN du PAS.

3 JUSTIFICATION DE LA DEMANDE :

3.1 - La nature du projet : prévention de deux facteurs de risque de perte d'autonomie (immobilité, isolement)

Notre projet mobilise des professionnels de santé du territoire, autour de problématiques rencontrées par les personnes âgées (prévention pour le maintien de l'autonomie, éducation thérapeutique, maintien à domicile, hospitalisation), afin de faciliter leurs parcours sanitaire et social et intervenir en amont de la survenue d'incidents.

1

© Fonds de dotation arard – Comité Scientifique et Technique 2014
Dossier de candidature pour subvention d'aide à la qualité des soins



Parution : La Provence, janvier 2014

Annexe :

Elles se sont presque excusées de nous avoir sollicitées, les professionnelles de la crèche des Estourlines. "Nos partenaires nous disent qu'ils sont prêts à soutenir la reconstruction de nos futurs locaux, lance Chantal Estourline, aute auxiliaire. Mais, malgré l'âge, nous sommes des personnes âgées d'aujourd'hui, nous ne sommes pas des jeunes filles". Et pour Marlon, jeune maman, "ce n'est pas le confort qui nous inquiète, mais le comportement des enfants; nous ne sommes pas des simples gardiennes, nous sommes des professionnels". Et pour Isabelle Leblanc, "nous ne sommes pas des personnes âgées, nous sommes des personnes âgées de 20 ans".

EXTRAORDINAIRE

22 janvier

ALLAUCH

Elles se sont presque excusées de nous avoir sollicitées, les professionnelles de la crèche des Estourlines. "Nos partenaires nous disent qu'ils sont prêts à soutenir la reconstruction de nos futurs locaux, lance Chantal Estourline, aute auxiliaire. Mais, malgré l'âge, nous sommes des personnes âgées d'aujourd'hui, nous ne sommes pas des jeunes filles". Et pour Marlon, jeune maman, "ce n'est pas le confort qui nous inquiète, mais le comportement des enfants; nous ne sommes pas des simples gardiennes, nous sommes des professionnels". Et pour Isabelle Leblanc, "nous ne sommes pas des personnes âgées, nous sommes des personnes âgées de 20 ans".

pour améliorer la vie et le fonctionnement de ces groupes, vous, la vie de notre secteur se traiterait bien plus vite. Sans les acteurs incontournables de la vie de nos quartiers". Pour cette disponibilité, ce bénévolat et cette passion du sport, Bruno Gilles leur a adressé des félicitations et souhaité, au nom de tous les élus de la mairie, une bonne et heureuse entrée, pour eux-mêmes, leurs clubs et leurs adhérents".

Ro. D.



Les seniors guidés vers le maintien de l'autonomie

gestes, les facteurs de risques comme les chutes", explique la secrétaire générale, Félicia Ferrera Bibas. Dans la pratique, les ateliers comportent des activités interactives et ciblées sur des problématiques liées à la nutrition, aux douleurs, à l'automédication ou à l'aménagement du domicile. Autour de ce projet ambitieux, le directeur du centre hospitalier d'Allauch, Robert Sarria, également président de l'association de coordination de santé du Canton Vert, a tenu à fédérer des professionnels libéraux et hospitaliers. Un programme aujourd'hui soutenu par l'élan des bénévoles.

IGUERTE

Kage Ganay : les riverains ne feront pas appel.

res du Bairal (9), dont la demande de suspension n'a été accordée à la Sarrau. Le Service d'Urbanisme de la Métropole sur le site du stade Ganaya a été saisi par le maire de la commune, Jean-Louis Guérin, pour qu'il soit possible de réaliser un bassin de stockage de 50 000 m³.

BRJN

Des professionnels libéraux et hospitaliers sont aux manettes de ces ateliers ludiques qui apprennent les bons gestes. / PHOTO R.V.



Conclusion de la partie - 325

Invitation journée thématique



Conférence et débat organisés par
l'Association de Coordination de santé du Canton Vert

Mesdames, C'est **TABOU**, venez en parler avec nous...

Le 12 juin 2015
À 17H00



Mme Le Dr Marie Claude ICARD,
Présidente de la CME du Centre Hospitalier d'Allauch,
Mme Sabine LAVOREL Kinésithérapeute,
Mme Félicia FERRERA, Pharmacien
Mme Agnès AVINSAC, IDE coordinatrice, Mme Chantal CARDI
Vous convient à une conférence sur les
TROUBLES GENITO-URINAIRES féminins

Renseignements et réservations :
Mme Agnès AVINSAC BERGOT
06.06.48.38.86.20

Centre Hospitalier
Chemin des Mille Ecus
13190 Allauch

Carnet douleur.



Des maux pour le dire

**Association de Coordination du Canton Vert
Programme Mieux Vivre avec ses douleurs**

Chemin des mille écus
13190 Allauch
Tel :06.48.38.86.20

Coordinatrice des Programmes: **Félicia FERRERA BIBAS**
Coordinatrice de l'Association : **Agnès AVINSAC BERGOT**
Assistante de coordination : **Virginie MORELLI**



**Ce carnet a été réalisé avec la collaboration de
Mesdames et Messieurs**

Dr Bernard DIADEMA, Dr Christine CABON MARTIN, Dr Denise CLEMENT, Dr Joël LEVY,
Dr Laure CHABERT, Dr Marie-Claude ICARD, Dr Pascale CHABERT ALCARAZ, Anne-Sylvie
BOEDA, Catherine RAMON, Christel GRECO, Danièle SERISOLA,, Gilles LUCCACIO,
Isabelle LEVY, Jean Batiste MENYIER, Jean Jacques PORTIER, Martine TRAQUINI, Mireille
MANAPANY, Mylène RODI, Sabine LAVOREL, Sandrine AGOSTINI, Sophie LEON, Valérie
ROCCHI, Véronique TAFANI, Virginie KNECHT, Virginie VON OLLESCHIK

Et tous les participants de »s ateliers AC SANTE et du groupe douleur qui nous ont
donné leur accord pour les citer : Nadine, Rose B, Geneviève, Jacqueline, Maguy,
Michèle, Jérôme, Yvette, Raymonde, Bruna, Marie, Marie Claire, Josiane, Salma,
Madeleine, et Liliane,

**Association de Coordination du Canton Vert
Programme Mieux Vivre avec ses douleurs**



Nom :		Prénom :	
Médecin traitant Nom			
Coordonnées			
Mon traitement de fond : (à remplir avec mon pharmacien ou mon médecin)			
Dossier Pharmaceutique :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

Association de Coordination du Canton Vert
Programme Mieux Vivre avec ses douleurs



L'objectif de ce carnet est de poursuivre le programme « Mieux Vivre Avec Ses Douleurs » et de vous permettre de mieux suivre, identifier l'intensité de la gêne, ses retentissements sur votre vie quotidienne, de mesurer les effets des traitements et de mieux en parler avec votre entourage familial et médical.

Association de Coordination du Canton Vert
Programme Mieux Vivre avec ses douleurs



Comment utiliser ce carnet?

Vous trouverez à l'intérieur de ce carnet des planches pour vous guider à :

- Identifier ce que vous ressentez
- Localiser et mesurer l'intensité de la douleur
- Mesurer ses retentissements sur votre vie quotidienne
- Estimer les effets des actions et traitements que vous avez engagés

Vous pouvez le remplir à chaque fois que vous en ressentez le besoin

Association de Coordination du Canton Vert
Programme Mieux Vivre avec ses douleurs

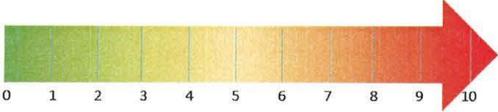


Identifier mes émotions...

Mes EMOTIONS	Mes SENSATIONS
Tranquillité	Bien disposé, calme, confortable, humeur amicale, humeur insouciant, délassé, détendu, disponible, bienveillant, insouciant, paisible, énergique, rassuré, satisfait.
Joie	Bienheureux, comblé, Content, de bonne humeur, diverti, Empressé, Dynamique, positif, enjoué, épanoui, réjoui, tonique vivant.
Colère	Enervé, à bout, excédé, à cran, acariâtre, acerbe, agité, amer, contracté, crispé, frustré, mal disposé, tendu, tracassé, révolté.
Tristesse	Abattu, accablé, affligé, anesthésié, assommé, chagriné, cafardeux, contrit, coupable, de mauvaise humeur, d'humeur chagrine, découragé, en détresse, inconfortable, misérable, sans élan.
Peur	Affolé, alarmé, angoissé, Bloqué, inquiet, préoccupé, soucieux, Traumatisé, vulnérable.
Découragement	Affaibli, amoindri, déconnecté, démuni, désespéré, embêté, effondré, engourdi, éprouvé, vaseux, résigné somnolent, seul, usé



Mon Echelle de Mesure de l'Intensité de la douleur



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 : pas de douleur
2: douleur faible
4: douleur modérée
6: douleur intense
8 : douleur extrêmement Intense
10 : douleur intolérable

En cas de douleur, noter une estimation de l'intensité de votre douleur et reportez-la sur la page du jour avec les autres informations

**Association de Coordination du Canton Vert
Programme Mieux Vivre avec ses douleurs**

L'intensité & la variation Connais toi toi-même...



Quand je me sens Bien

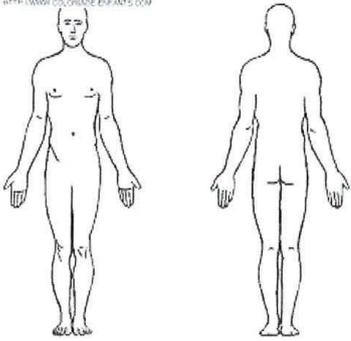
Ce que je fais (mes activités)	- Mobilité -- activité sociale
-----------------------------------	-----------------------------------

Ce que je ressens
(émotions)

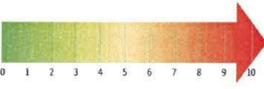
Ma digestion	- appétit - transit
Mon sommeil	- Durée - qualité

Ce que je ressens (physiquement)

HTTP://WWW.COLORADE-ENFANTS.COM



E: élancement
C: coup de poignard
O: en Etau
T: Tiraillement
B: Brûlure
F: fourmillement
L: lourdeur



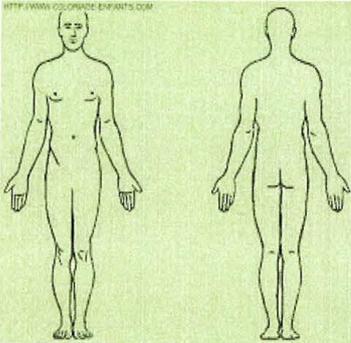
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

L'intensité & la variation Connais toi toi-même...

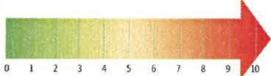
Quand je me sens Assez Bien 

Ce que je fais (mes activités)	- Mobilité - activité sociale
Ce que je ressens (émotions)	
Ma digestion	- appétit - transit
Mon sommeil	- Durée - qualité
Ce que je ressens (physiquement)	

HTTP://WWW.COLOMBIE-ENFANTS.COM



- E: élancement
- C: coup de poignard
- O: en Étau
- T: Tiraillement
- B: Brûlure
- F: fourmillement
- L: lourdeur

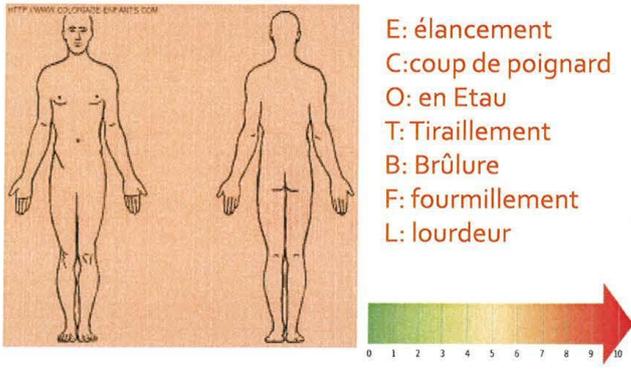


0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

L'intensité & la variation Connais toi toi-même...

Quand je me sens MAL 

Ce que je ne fais plus	- Mobilité -- activité sociale
Ce que je ressens (émotions)	
Ma digestion	- appétit - transit
Mon sommeil	- Durée - qualité
Ce que je ressens (physiquement)	



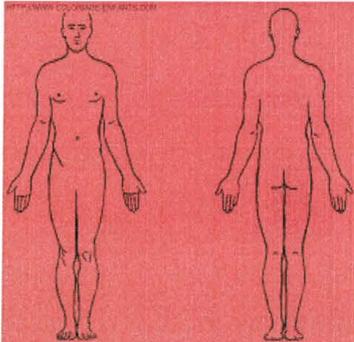
E: élanement
C: coup de poignard
O: en Etou
T: Tiraillement
B: Brûlure
F: fourmillement
L: lourdeur

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

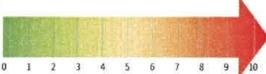
L'intensité & la variation Connais toi toi-même...

Quand je me sens très Mal 

Ce que je ne fais plus	- Mobilité - activité sociale
Ce que je ressens (émotions)	
Ma digestion	- appétit - transit
Mon sommeil	- Durée - qualité
Ce que je ressens (physiquement)	



- E: élancement
- C: coup de poignard
- O: en Etau
- T: Tiraillement
- B: Brûlure
- F: fourmillement
- L: lourdeur



Date 	Ressenti Général	Type lieu et intensité	Emotion	Ce que je n'ai pas pu faire / Ce que j'ai réussi à faire	Digestion	Sommeil	Traitement (action mise en oeuvre)	Où j'en suis
								
								
								

Association de Coordination du Canton Vert
Notre Objectif : Vous aider à prendre
BIEN SOIN DE VOUS



Des programmes de PREVENTION & d'EDUCATION pour mieux prendre soin de soi (entièrement gratuits)



Des ateliers d'Activités Physiques Adaptées



Une Evaluation Gériatrique Standardisée et une coordination médico-sociale dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire Pôle Gériatrique Agglomération de Marseille pour favoriser le Maintien à Domicile



Un lieu de mise en lien des seniors avec les RESSOURCES sanitaires et sociales du territoire



Une équipe pluridisciplinaire & du lien social



Des Journées Thématiques, chaque trimestre sur des sujets de SANTE organisée avec des associations de patients

Cahier de vacances APA 2015.



Association : Coordination du CANTON VERT
Association loi 1901. R de D n° W 133005636 Préfecture des Bouches du Rhône
Siège Social : Centre Hospitalier d'Allauch- Chemin des Mille Ecus- 13190 Allauch
IDE Coordinatrice : Madame Agnès AVINSAC
Tel : 04 91 10 43 67
Tel : 06.48.38.86.20
Mail : coord.geronto@ch-allauch.fr

CAHIER DE VACANCES

Dans l'attente du plaisir de nous retrouver en septembre, nous vous prions de trouver ci-joint les exercices de GYM faits tout spécialement pour vous par Sabine LAVOREL (kinésithérapeute).

Exercices à poursuivre cet été, en pensant à la joie que nous avons eue de partager ces moments...

Très très bonnes vacances à tous

Félicia, Agnès et Virginie

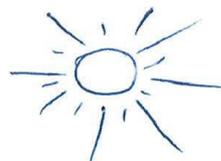
Annexes



Association : Coordination du CANTON VERT
Association loi 1901. R de D n° W 133005636 Préfecture des Bouches du Rhône
Siège Social : Centre Hospitalier d'Allauch- Chemin des Mille Ecus- 13190 Allauch
IDE Coordinatrice : Madame Agnès AVINSAC
Tel : 04 91 10 43 67
Tel : 06.48.38.86.20
Mail : coord.geronto@ch-allauch.fr



DEVOIRS DE VACANCES



- Bien boire tous les jours
- Rester au frais pendant les heures chaudes
- Aller marcher dans des lieux climatisés 1 à 2 fois par semaine pendant 1 heure
- Tous les jours faire 3 minutes d'exercices (ci-dessous)
- et **2 fois par semaine** faire **la totalité des exercices** (chacun pendant 1 à 3 minutes) sous forme d'une séance de GYM



Bon été à tous !



Annexes

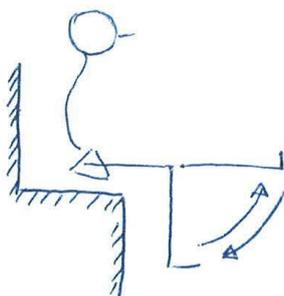


Association : Coordination du CANTON VERT
Association loi 1901. R de D n° W 133005636 Préfecture des Bouches du Rhône
Siège Social : Centre Hospitalier d'Allauch- Chemin des Mille Ecus- 13190 Allauch
IDE Coordinatrice : Madame Agnès AVINSAC
Tel : 04 91 10 43 67
Tel : 06.48.38.86.20
Mail : coord.geronto@ch-allauch.fr

LUNDI

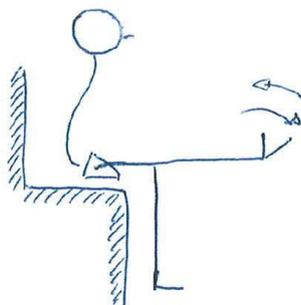
« CRASY HORSE »

Assis sur la chaise on travaille dos appuyé ou dos décollé



1/ on tend alternativement une jambe
puis l'autre :

Répétition du mouvement 10 fois



2/ une jambe tendue

on reste 10 à 15 secondes

puis on fait 10 flexions du pied

EXERCICES A FAIRE PENDANT 3 MINUTES.

N'OUBLIEZ PAS DE FAIRE DES PAUSES !!!



Association : Coordination du CANTON VERT
Association loi 1901. R de D n° W 133005636 Préfecture des Bouches du Rhône
Siège Social : Centre Hospitalier d'Allauch- Chemin des Mille Ecus- 13190 Allauch
IDE Coordinatrice : Madame Agnès AVINSAC
Tel : 04 91 10 43 67
Tel : 06.48.38.86.20
Mail : coord.geronto@ch-allauch.fr

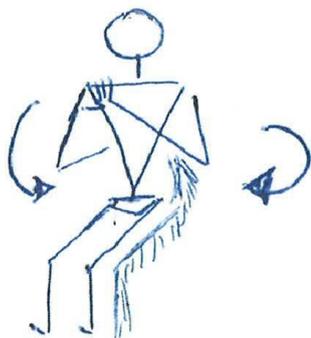
MARDI

« LE SEMAPHORE »

Exercice à réaliser Assis ou debout si vous vous sentez

1/ Mettre une main à l'épaule

(Exemple main droite à l'épaule
gauche)



2/ L'autre main va se positionner où

l'on peut dans le dos au niveau des
lombaires

3/ On alterne la position des mains de
chaque bras ainsi les bras passent
alternativement en avant puis en
arrière du corps. On ne va pas loin pour
ne pas se faire mal mais on le fait vite

EXERCICES A FAIRE PENDANT 3 MINUTES.

N'OUBLIEZ PAS DE FAIRE DES PAUSES !!!

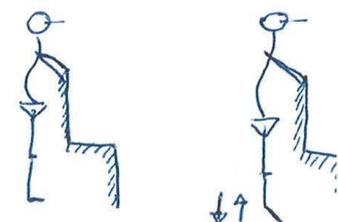


Association : Coordination du CANTON VERT
Association loi 1901. R de D n° W 133005636 Préfecture des Bouches du Rhône
Siège Social : Centre Hospitalier d'Allauch- Chemin des Mille Ecus- 13190 Allauch
IDE Coordinatrice : Madame Agnès AVINSAC
Tel : 04 91 10 43 67
Tel : 06.48.38.86.20
Mail : coord.geronto@ch-allauch.fr

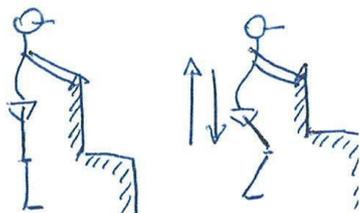
MERCREDI

« ON TRAVAILLE DEBOUT »

Exercice à réaliser debout derrière une chaise stable ! on prend appui ou non sur la chaise pour se rattraper si besoin



1/ On monte et on descend sur la pointe des pieds



2/ On fléchit un peu les genoux et on tend

ATTENTION on ne descend pas trop bas

EXERCICE (CHAQUE MOUVEMENTS) A FAIRE 10 FOIS - PENDANT 3 MINUTES.

N'OUBLIEZ PAS DE FAIRE DES PAUSES !!!

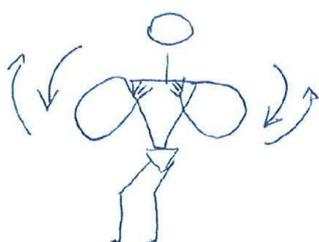


Association : Coordination du CANTON VERT
Association loi 1901. R de D n° W 133005636 Préfecture des Bouches du Rhône
Siège Social : Centre Hospitalier d'Allauch- Chemin des Mille Ecus- 13190 Allauch
IDE Coordinatrice : Madame Agnès AVINSAC
Tel : 04 91 10 43 67
Tel : 06.48.38.86.20
Mail : coord.geronto@ch-allauch.fr

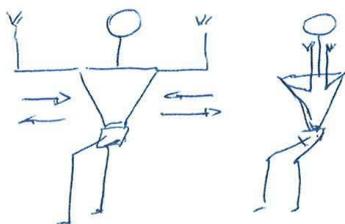
JEUDI

« LE PAPILLON »

Assis sur la chaise on travaille dos appuyé ou dos décollé



1/ Les mains aux épaules on fait des cercles avec ses coudes vers l'avant (10 fois) puis vers l'arrière (10 fois)



2/ Les bras en chandelier on resserre les coudes au-dessus de la poitrine et on les écarte (10 fois).

EXERCICES A FAIRE PENDANT 3 MINUTES.

N'OUBLIEZ PAS DE FAIRE DES PAUSES !!!

Annexes

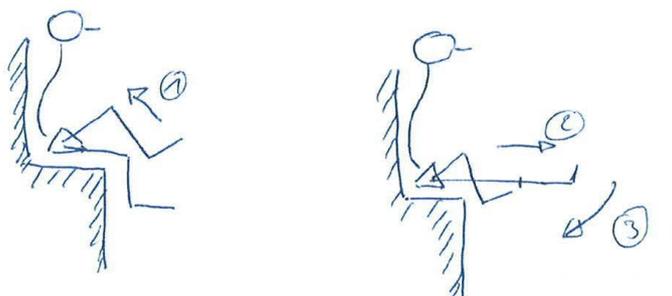


Association : Coordination du CANTON VERT
Association loi 1901. R de D n° W 133005636 Préfecture des Bouches du Rhône
Siège Social : Centre Hospitalier d'Allauch- Chemin des Mille Ecus- 13190 Allauch
IDE Coordinatrice : Madame Agnès AVINSAC
Tel : 04 91 10 43 67
Tel : 06.48.38.86.20
Mail : coord.geronto@ch-allauch.fr

VENDREDI

« LE VELO »

Assis sur la chaise dos appuyé ou dos décollé si vous pouvez



On pédale avec ses jambes c'est-à-dire on remonte une jambe vers la poitrine ① puis on la tend ② et on la redescend vers le sol ③ et on alterne les deux jambes

EXERCICES A FAIRE PENDANT 3 MINUTES DEVANT LA TÉLÉ PENDANT LE TOUR DE

FRANCE POUR AVOIR LE RYTHME

N'OUBLIEZ PAS DE FAIRE DES PAUSES !!!



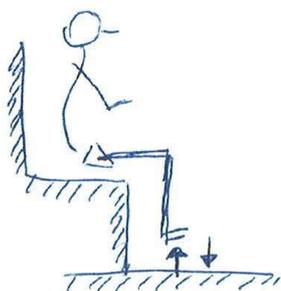


Association : Coordination du CANTON VERT
Association loi 1901. R de D n° W 133005636 Préfecture des Bouches du Rhône
Siège Social : Centre Hospitalier d'Allauch- Chemin des Mille Ecus- 13190 Allauch
IDE Coordinatrice : Madame Agnès AVINSAC
Tel : 04 91 10 43 67
Tel : 06.48.38.86.20
Mail : coord.geronto@ch-allauch.fr

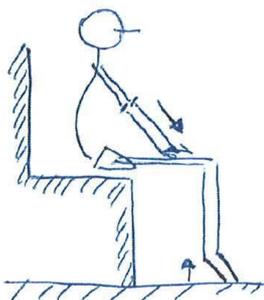
SAMEDI

« LES ABDOS »

Assis sur la chaise on travaille **dos décollé** du dossier



1/ les bras le long du corps. On soulève les pieds ensemble pour les décoller du sol On compte jusqu'à 10 et on repose



2/ - Les pieds sont posés au sol sur la pointe des pieds
- Les mains sont posées sur les cuisses, bras tendus
- Les pieds poussent pour faire monter les cuisses
Les bras poussent pour faire descendre les cuisses on tient et en poussée 10 secondes

EXERCICES A FAIRE PENDANT 3 MINUTES.

N'OUBLIEZ PAS DE FAIRE DES PAUSES !!!

Annexes



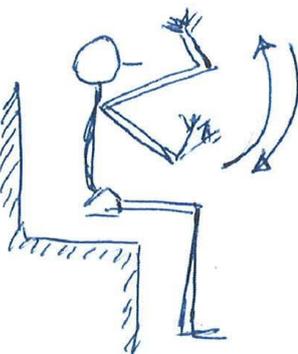
Association : Coordination du CANTON VERT
Association loi 1901. R de D n° W 133005636 Préfecture des Bouches du Rhône
Siège Social : Centre Hospitalier d'Allauch- Chemin des Mille Ecus- 13190 Allauch
IDE Coordinatrice : Madame Agnès AVINSAC
Tel : 04 91 10 43 67
Tel : 06.48.38.86.20
Mail : coord.geronto@ch-allauch.fr

DIMANCHE



« LA CLOCHE »

Assis sur la chaise on travaille dos appuyé ou dos décollé au dossier



On attrape ses mains jointes et on monte les bras ensemble vers le haut

ATTENTION on ne se fait pas mal on monte où on peut !!!

Faire des séries de 5 mouvements

EXERCICES A FAIRE PENDANT 3 MINUTES.

N'OUBLIEZ PAS DE FAIRE DES PAUSES !!!

Invitation salon du bien vieillir et des RIC 2015



LE CENTRE HOSPITALIER D'ALLAUCH
et
L'ASSOCIATION DE COORDINATION DE SANTE DU CANTON VERT*
présentent



LES JOURNEES DE LA SANTE ● ● ● ● ● ● ● ET DU BIEN- ETRE

15^{ème} Salon départemental de la Polyarthrite

Avec l'Association Française des Polyarthritiques
et des Rhumatismes Inflammatoires Chroniques

Le jeudi 24 septembre 2015 de 13h00 à 18h00

5^{ème} Salon du Bien Vieillir

Avec le Pôle Infos Seniors Garlaban-Calanques

Le Vendredi 25 septembre 2015 de 10h00 à 18h00

Conférences - Ateliers de bien-être

Exposition stands

Manifestations ouvertes à tout public au *Centre Hospitalier d'Allauch*
Chemin des Mille Ecus- 13190 ALLAUCH

Inscriptions gratuites mais obligatoires avant le 14 septembre 2015 (places limitées)

Coordination de santé du Canton Vert
Mme Agnès AVINSAC au 06.48.38.86.20

Pôle Infos Seniors Garlaban-Calanques
Mme Alexa DE BALMANN au 04.91.10.46.83

En cas d'absence veuillez laisser un message sur répondeur en précisant votre présence sur une ou deux journées, votre inscription sera automatiquement prise en compte avant la date indiquée ci-dessus.

* adhérent au GCS PGAM

15^{ème} SALON DE LA POLYARTHRITE



PROGRAMME

Jeudi 24 septembre 2015

Sous le Haut Patronage de
Monsieur François HOLLANDE
Président de la République

- **13h00 Accueil des participants**
- **14h00 Ouverture du Salon**
M. Robert SARIAN Directeur Centre Hospitalier d'Allauch, Président de l'Association de coordination de santé du Canton Vert.
Dr Marie-Claude ICARD, Présidente CME, Centre Hospitalier d'Allauch
- **14h15 Présentation du programme**
Mme Irène PICO, Correspondante de l'AFPric des Bouches-du-Rhône
Dr Félicia BIBAS FERRERA, Secrétaire Générale de l'Association de coordination de santé du Canton Vert, Pharmacienne Allauch La Pounche
- **14h30 Présentation de l'AFPric (Association Française des Polyarthritiques et des Rhumatismes Inflammatoires Chroniques)**
Mme Isabelle REYNAUD-VERDIERE, Présidente de l'AFPric
Mme Irène PICO, Correspondante de l'AFPric des Bouches-du-Rhône
- **14h45 Education thérapeutique : places et rôles des soignants et des patients**
Dr Félicia BIBAS FERRERA, Coordinatrice programme ETP Douleurs Chroniques
Dr Laure CHABERT, Algologue (spécialiste de la douleur), CH d'Allauch
- **15h15 Pause**
- **16h00 Quand et pourquoi solliciter la Maison Départementale des Personnes Handicapées lorsque l'on est atteint d'un RIC ?**
Mme Alexa DE BALMANN Coordinatrice Pôle Infos Seniors Garlaban-Calanques
- **16h45 La polyarthrite rhumatoïde et les autres RIC : maladies génétiques ou héréditaires ?**
Pr François CORNELIS, GenHotel Auvergne (laboratoire européen de recherche génétique)
- **17h30 Les nouveaux traitements**
Pr Sandrine GUIIS et Pr Jean ROUDIER, Rhumatologues, Hôpital Sainte-Marguerite, APHM

STANDS de 13h00 à 18h00

- AFPric (Ecoute Information, documentation et publications AFPric)
- AFPric des Bouches-du-Rhône (Rencontre avec les bénévoles, renseignements sur la permanence, les activités de la délégation)
- Association France Psoriasis (Information sur le rhumatisme psoriasique)
- Association Calliope (Développement artistique et culturel de la personne handicapée)
- GenHotel (Campagne des 100 000 familles contre la polyarthrite rhumatoïde)
- CRES PACA (Comité Régional d'Education pour la santé)
- Mr David BONNET Orthésiste
- Coordination de santé du Canton Vert et Pôle Infos Seniors Garlaban-Calanques
- URPS Pharmaciens PACA (Informations : Coordination ville-Hôpital/retour au domicile)

Ce programme est susceptible de modifications de dernière minute

Soutien fondateur
abbvie



Avec le soutien institutionnel de
La Haute Autorité de Santé

5^{ème} SALON DU BIEN VIEILLIR



PROGRAMME

Vendredi 25 septembre 2015

- **10h00 Accueil des participants avec petit déjeuner sur place**
Inscriptions aux ateliers – Visite des stands
- **11h20 Ouverture du Salon**
M. Robert SARIAN Directeur Centre Hospitalier d'Allauch, Président de l'Association de coordination de santé du Canton Vert.
Dr Félicia BIBAS FERRERA, Secrétaire Générale de l'Association de coordination de santé du Canton Vert, Pharmacienne de Ville.
En présence de Mme Jantine MARY Adjointe au Maire d'Allauch, Vice-présidente du CCAS, Mme Chantal CARDI, Conseillère Municipale déléguée à la santé sur Allauch et M. Gilbert BONSIGNOUR Adjoint au Maire de Plan de Cuques, Vice-président du CCAS.
- **11h45 Table ronde 1 : Les ressources sociales du territoire**
Mme Agnès BERGOT AVINSAC Infirmière Coordinatrice du Canton Vert
Mme Alexa DE BALMANN Coordinatrice Pôle Infos Seniors Garlaban-Calanques
Mmes Sandrine ALLEGRE, Brigitte CHAUVIN et Véronique MICHEL, Assistantes Sociales CARSAT
- **12h45 Déjeuner sur place**
- **14h30 Table ronde 2 : Entretenir son capital osseux**
 - PHYSIOLOGIE par le Dr Marie-Claude ICARD, Présidente CME, CH Allauch
 - OSTÉOPOROSE par le Dr Mireille MANAPANY, Médecin Généraliste Allauch
 - VITAMINES ET OLIGOELEMENTS par le Dr Christine CABON MARTIN, Médecin Généraliste, Plan de Cuques
 - TRAITEMENTS par le Dr Félicia BIBAS FERRERA, Pharmacien, Allauch La Pounche
 - DOULEUR ET MOUVEMENTS par le Dr Laure CHABERT, Algologue, CH d'Allauch
 - PREVENIR LES CHUTES par le Dr Jean-Jacques PORTIER, Gériatre, CH d'Allauch
- **16h30 Pause café – visite des stands**
- **17h00 Entretenir son capital santé sur le Canton Vert**
 - Lien Social et Activité Physique adaptée
 - Présentation des ateliers et Programmes
Mmes Félicia BIBAS FERRERA, Agnès BERGOT AVINSAC et Virginie MORELLI

ATELIERS / STANDS de 10h00 à 18h00

- Toucher – détente
- Réflexologie Plantaire
- Techniques de relaxation
- Activité Physique Adaptée
- Associations de patients, d'aide à domicile, d'aide aux aidants

Le Petit déjeuner, le déjeuner et la pause café sont offerts par les partenaires exposants

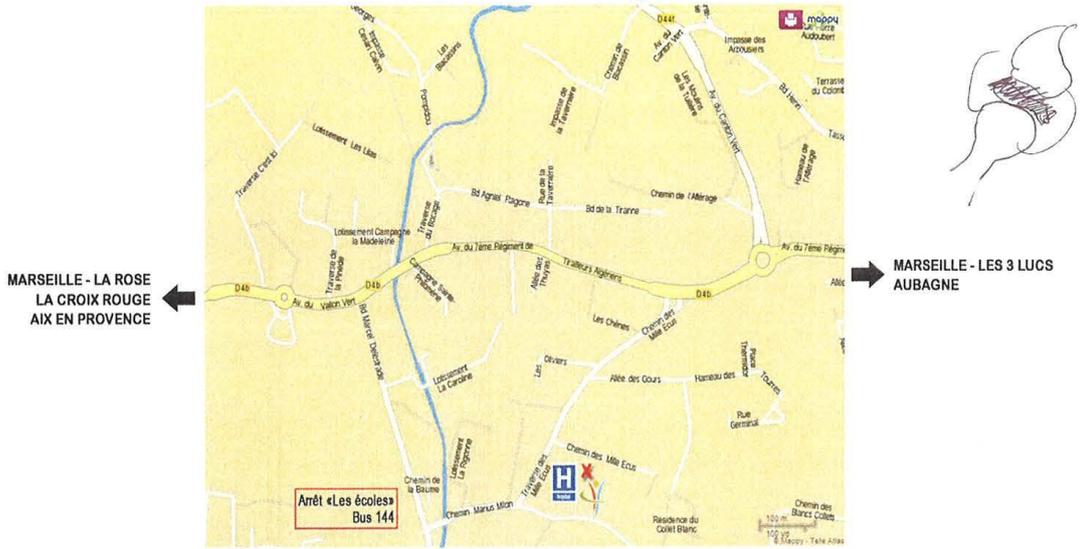
Ce programme est susceptible de modifications de dernière minute



Accès

**Chemin des Mille Ecus
13190 Allauch**

PLAN DE CUQUES
MARSEILLE - CHÂTEAU GOMBERT



Partenaires



Partenaires exposants



BRILLANCE SERVICES



Photos salon du bien vieillir



Annexes

