

LE DESIGN DE LA RECHERCHE-INTERVENTION EN MANAGEMENT : RÉFLEXIONS MÉTHODOLOGIQUES À PARTIR D'UNE INTERVENTION DANS UNE CLINIQUE

Mathieu Detchessahar, Stéphanie Gentil, Anouk Grevin, Arnaud Stimec
Université de Nantes
LEMNA

Chemin de la censive du terre - BP 52231 - 44322 Nantes Cedex 3

mathieu.detchessahar@univ-nantes.fr

Tel : 02 40 14 17 58 – Fax : 02 40 14 13 16

Résumé : La communication entend débattre du rôle et des modalités d'une méthode de recherche encore marginale en sciences de gestion : la recherche-intervention. A partir du cas concret d'une intervention dans un établissement de santé, elle questionne la façon dont la recherche-intervention peut produire une action réelle mais surtout durable dans l'organisation, et plus précisément, comment elle peut garantir qu'à l'issue de l'intervention, lorsque les chercheurs sortent de l'organisation, les dispositifs déployés et les résultats obtenus survivent et se pérennisent. Cette question interroge directement le design du dispositif d'intervention et implique de répondre à des questions méthodologiques très concrètes telles que : quels acteurs associés à l'intervention ? A quel moment et pour quels résultats ? Quelle forme d'association privilégier ? Quels dispositifs utiliser ? Ces questions sont d'autant plus intéressantes qu'elles n'ont reçu jusqu'à récemment qu'un faible écho dans la littérature consacrée à la recherche-intervention en sciences de gestion, pour le moment essentiellement focalisée sur le positionnement de la démarche dans le paysage des méthodes de recherche. Nous mettrons ici l'accent sur le processus, davantage que sur les résultats concrets de l'intervention, qui permet aux acteurs de s'approprier les fondements mêmes de la démarche, assurant par-là la pérennité des effets de l'intervention à travers le temps.

Mots clés : Méthodologie, recherche-intervention, management, établissement de santé, discussion.

LE DESIGN DE LA RECHERCHE-INTERVENTION EN MANAGEMENT : RÉFLEXIONS MÉTHODOLOGIQUES À PARTIR D'UNE INTERVENTION DANS UNE CLINIQUE

Introduction

La question du rôle et des limites de la recherche-action ou recherche-intervention a été discutée en gestion [par exemple : Argyris *et al.*, 1985 ; Moisdon 1984, Hatchuel, 1994 ; David, 2008], mais aussi dans d'autres champs, en particulier en psychosociologie [Dubost, 1987; Enriquez, 1997] ou en sociologie [Uhalde, 2001 ; Cousin et Ruis, 2010] où elle a donné lieu à une littérature abondante. Bien connue donc, la recherche-intervention (RI) demeure pourtant en gestion une méthodologie de recherche assez marginale au-delà de quelques laboratoires célèbres (CRG, CGS, ISEOR, LENTIC...) pour en avoir fait leur méthodologie de recherche principale. Ceci explique certainement qu'une grande partie des publications consacrées à la RI dans notre discipline font le choix, plutôt que de présenter une intervention concrète, de revenir sur les soubassements théoriques et les justifications épistémologiques de cette méthode. Dans la « *boîte à outil* » du chercheur-intervenant que David [2008, p.208] organise autour de (1) principes épistémologiques, (2) théories et de concepts, (3) dispositifs expérimentaux et (4) règles méthodologiques, une grande partie des publications se concentre sur les deux premiers axes : le positionnement épistémologique et théorique. L'ambition de ce papier est tout autre. L'enjeu est précisément d'interroger les méthodes et singulièrement les dispositifs expérimentaux de la RI à partir du cas concret d'une intervention conduite dans une organisation de santé.

Il est d'autant plus nécessaire de préciser les modalités de la RI que les interventions dans les organisations tendent aujourd'hui à se multiplier, du fait notamment de l'explosion des demandes sur la problématique des risques psychosociaux. Un travail d'exposition systématique des méthodologies utilisées est nécessaire pour clarifier les dispositifs et les règles de méthodes utilisés, en fonction de la théorie de l'organisation portée par la recherche.

Nous commencerons par rappeler brièvement le positionnement de la RI dans le paysage des méthodes de recherche en sciences de gestion mais aussi dans les autres champs disciplinaires et évoquer quelques-unes des problématiques soulevées par les chercheurs en gestion la pratiquant et celles qui restent à définir (1). Afin d'éclairer les questions liées au design méthodologique, nous relaterons ensuite une RI réalisée dans un établissement de santé et les interrogations qu'elle a suscitées (2) et reviendrons de manière plus approfondie sur le dispositif méthodologique mis en œuvre (3). Enfin, nous ouvrirons une discussion sur les conditions de transformation et d'apprentissage de l'organisation et plus particulièrement sur le design des dispositifs utilisés par la RI et leur connexion entre eux (4).

1. La recherche-intervention : à la recherche de la bonne posture

Avant de décrire le dispositif méthodologique proposé, il nous appartient de mieux définir la RI et d'examiner les principales postures et dispositifs méthodologiques associés, ainsi que leurs conséquences et problématiques soulevées. Nous préciserons alors les questions qui nous semblent devoir être approfondies sur le plan méthodologique pour constituer un cadre cohérent et mobilisable.

1.1. Définition et principales postures

La RI se réfère souvent à la recherche action de Lewin (les deux termes étant parfois assimilés comme synonymes) mais la plupart des auteurs insistent sur une évolution conceptuelle par rapport à la posture originale. Il s'agit dans tous les cas de recherche en milieu ouvert où l'action des chercheurs se traduit, au delà de la collecte de données à des fins de recherche, par des interventions qui peuvent aller de la restitution (orale ou écrite) à l'apport de modèle théorique voire de prescriptions [Minguet, 2001 ; Mendel et Prades, 2008]. Intervenir c'est « venir entre », en interface, faire du lien, favoriser des confrontations et pas uniquement mettre en œuvre des expérimentations en milieu ouvert. Cela implique donc davantage qu'une étude de terrain et une restitution participant à la validation des observations. Les multiples allers-retours [David, 2008] s'inscrivent dans la durée avec le souci éthique de ne pas uniquement se servir du terrain [Pichault *et al.*, 2008]. De ce point de vue, il semble possible de situer des travaux classiques comme ceux d'Elton Mayo comme s'inscrivant plutôt dans une démarche de recherche-action que de RI.

La RI implique en effet une dualité de recherche et d'intervention. La recherche apporte un éclairage, accompagne une mise en mouvement et l'intervention fournit des données de recherche qu'il serait difficile de récolter autrement (participation mieux assurée aux espaces décisionnels notamment). Il s'agit, pour reprendre Argyris [1970], de générer de l'information valide, d'effectuer des choix responsables et de pérenniser l'implication interne. La RI fait l'objet, comme toute posture méthodologique, de nombreuses critiques. Nous nous attacherons à analyser ce qui renvoie à des arbitrages de méthodes ou postures et non à celles qui procèdent d'un rejet fondamental. Il nous faut donc explorer les principales postures, les risques et les choix de méthodes associés.

Les postures sont multiples et les termes recouvrent des réalités différentes [Plane, 2000 ; Minguet, 2001 ; Uhalde, 2001 ; Mendel et Prades, 2002 ; David, 2008]. Il y a trois disciplines principales d'ancrage de la RI dans les organisations : la psychosociologie, la sociologie et la gestion. Mendel et Prades [2002] identifient sept grandes écoles dont deux sont sociologiques et cinq psychologiques avec toujours une référence plus ou moins forte à la psychanalyse. Minguet [2001] en identifie dix, principalement en sociologie, mais aussi en psychologie et gestion. Les pratiques de RI en gestion [David, 2008 ; Pichault *et al.*, 2008 ; Hatchuel, 2007 ; Plane, 2000 ; Argyris, 1970 ; Schein 1969, 1987] ont elles-mêmes des ancrages théoriques différents.

Au-delà de ces ancrages disciplinaires, les différences révèlent des choix qui sont faits face à des dilemmes, constituant ainsi les fondements d'une posture. La première question est celle de l'ancrage théorique sous-jacent : l'approche privilégie-t-elle un regard fonctionnaliste, l'analyse des rapports de forces sociaux, une lecture psychanalytique des organisations ? En outre, les chercheurs peuvent apporter un bagage théorique plus ou moins directif pour accompagner la résolution des problèmes [par exemple David, 2008 ou Savall et Zardet, 2005]. La seconde concerne le groupe d'individus au cœur de l'étude : s'agit-il d'un collectif réel ayant un problème à résoudre ou bien d'un collectif *ad hoc* ? En sciences de gestion, contrairement au courant psychosociologique¹, le questionnement n'est pas une fin en soi, l'existence et l'accompagnement d'un problème à résoudre est incontournable. Troisièmement, est-ce que les chercheurs entendent observer les dynamiques, les structurer, aider à la réflexion sur les changements ou un plan d'action, voire faire des propositions ? Les intervenants revendiquent de n'être pas de simples observateurs. Ils peuvent se centrer sur l'accompagnement, revendiquant une posture de catalyseur [Schein, 1969] ou proposer une expertise théorique ou technique. Quatrièmement, les chercheurs-intervenants peuvent avoir un cadre éthique plus ou moins explicite destiné à mieux gérer les tentations, dilemmes ou risques de la relation instable créée par une RI.

¹ La RI « n'est jamais réponse à un problème... mais questionnement infini, interminable » [Enriquez, 1997].

1.2. Les tentations, dilemmes et risques de la RI

Le chercheur intervenant peut être confronté à trois tentations majeures [Pichault *et al.*, 2008] : l'affairisme, le pragmatisme, l'opportunisme. *L'affairisme* conduit à privilégier l'apport économique de la mission à l'apport scientifique (ou au besoin d'accompagnement des acteurs). Dans ce cas, le diagnostic préalable et la reformulation de la demande restent limités. La structure du système client n'est pas remise en cause, ce qui place le chercheur-intervenant dans la position de bon nombre de consultants.

La tentation du *pragmatisme* s'exprime davantage en cours de mission et consiste à privilégier le maintien de bonnes relations, notamment avec le système client, au détriment de la distance critique. L'intervention touche au système d'action concret [Crozier et Friedberg, 1977] et par conséquent au pouvoir et à la qualité des relations. Or, comme l'indique Enriquez [1997], « *le demandeur d'une intervention quel qu'il soit... ne demande jamais que le pouvoir qu'il représente soit questionné, mais au contraire qu'il soit renforcé. Et l'intervention, à moins d'être simplement une action de soutien stratégique de certains contre d'autres, ne peut que mettre à la question tout pouvoir... Et c'est bien parce qu'elle ne peut être ni au service d'un pouvoir, ni un système de pouvoir, mais l'inauguration d'une parole neuve, qu'elle rencontre, violemment, les structures, les habitudes, les résistances* » [Enriquez, 1997]. La contractualisation, qui accompagne la reformulation de la demande, peut être un rempart important (définition des périmètres, des acteurs cibles, restitutions à l'ensemble des acteurs cibles, comité de pilotage...).

La tentation de *l'opportunisme* du chercheur renvoie à une fin précipitée², une fois que ce dernier a obtenu ce qu'il cherchait. Les acteurs sont livrés à eux-mêmes et la mise en œuvre des changements décidés tourne court. L'intervention ne se résume pas à une décision mais constitue un processus [Friedberg, 1993], où les intervenants aident les acteurs à affiner voire corriger les actions en cours par petites touches [David, 2008].

Face à ces risques, Hatchuel [*in* Pichault *et al.*, 2008] repère trois conditions nécessaires : l'existence d'un « problème ouvert », c'est à dire pour lequel les commanditaires ressentent que les modes habituels sont inopérants ; une présence dans la durée qui, mieux qu'une intervention ponctuelle, permet de saisir les tendances ; et enfin la taille critique des laboratoires (ou institutions) pratiquant la RI, nécessaire tant pour résister aux tentations que pour gérer l'accumulation des connaissances. A ces conditions, l'on pourrait ajouter la nécessité de penser en amont le design de la méthodologie jusque dans ses dispositifs les plus concrets, en cohérence avec la philosophie même de la RI. Or ces questions, nous l'avons souligné, sont très peu étudiées dans la littérature sur la RI.

1.3. La question du design de la méthode

Comprendre les questions que nous souhaitons adresser aux dispositifs expérimentaux de la RI suppose de revenir quelques instants sur ce qui fait l'originalité de cette méthodologie de recherche. Dans la RI, les chercheurs sont engagés dans la résolution de problèmes sociaux (ici, il s'agira de problèmes de management) et pas seulement de problèmes de connaissances [Dubost et Levy, 2002]. Ou, pour le dire plus précisément en reprenant le fond pragmatiste qui est au cœur de la RI, celle-ci refuse la séparation classique entre action et connaissance. La connaissance n'est pas indépendante de l'action, elle ne constitue pas une phase préalable à l'action dont elle permettrait d'établir le plan. L'action est en elle-même génératrice de connaissances. C'est dans la confrontation ou dans le « dialogue » avec la situation concrète, confrontation permise par l'action, qu'un certain nombre de connaissances sont produites ou révisées. C'est en ce sens que Joas [1999], reprenant et discutant les travaux de Dewey, parle d'un agir créatif. La RI fait de cet agir créatif un moyen de production de connaissances.

² Pichault et ses collègues n'emploient pas le mot « *opportunisme* » mais uniquement celui de « *fin précipitée* ».

Dès lors, la RI est toujours prise dans une tension. L'outil de connaissance étant l'action, elle poursuit nécessairement un double objectif : répondre aux préoccupations concrètes des acteurs engagés dans la situation concrète et participer au développement des sciences sociales [Rapoport, 1970]. Or, sur le terrain de la résolution des problèmes sociaux tout au moins, la plupart des travaux effectués dans des organisations conduisent au constat d'une « tâche souvent décevante mais toujours exaltante » [Enriquez, 1997, p.22]. En effet, comme pour le cas que nous étudierons ici : « une certaine démocratie vie pour un temps... si c'est bien le cas, si l'expérience n'est pas trop vite interrompue par les décideurs qui l'ont permise, par les participants qui affrontent ainsi leurs conflits, par les intervenants qui ont en charge le maintien des conditions nécessaires au travail, si le gain obtenu n'est pas trop dérisoire par rapport au coût qu'il représente pour tous les acteurs du système... » [Dubost, 1987 p.299]. La plupart des situations montrent que les changements obtenus restent fragiles et peuvent être rapidement balayés.

Une question importante est alors de comprendre à quelles conditions les communautés d'enquête instituées dans le cadre de la RI peuvent survivre à la recherche et continuer d'alimenter des processus d'apprentissage continu. Ou, pour le dire autrement avec Detchessahar [2003, 2011], comment fait-on pour que les espaces de discussion ouverts dans le cadre de la RI puissent s'inscrire dans les routines de l'organisation et survivre à la fin de la recherche et à la disparition des chercheurs ? Ces questions interrogent directement le design de ces différents espaces. Elles peuvent être examinées à différents niveaux, au moins à un triple niveau nous semble-t-il :

- au plan cognitif, on interrogera la capacité du dispositif à réunir toutes les personnes et, partant, toutes les informations nécessaires à la réalisation du diagnostic ;
- au plan politique, on évaluera le dispositif dans sa capacité à mettre en mouvement les acteurs qui ont le pouvoir dans l'organisation et qui devront soutenir la mise en place du changement ;
- au plan éthique, le dispositif sera considéré dans sa capacité à respecter la dignité des personnes, c'est-à-dire à les considérer en sujet et non en objet de l'intervention ce qui suppose de les intégrer pleinement au processus de changement.

L'examen pratiqué à ce triple niveau débouche nécessairement sur des questions méthodologiques très concrètes dont ce papier entend débattre : quels acteurs associés à l'intervention : les commanditaires, les personnes concernées par les effets de l'intervention ? A quel moment de l'intervention ? Pour quels résultats : produire des connaissances sur l'organisation et/ou soutenir le dispositif d'intervention ? Quelle forme d'association privilégier : participation à l'enquête, au diagnostic, à la construction de l'action ? Quels dispositifs utiliser : ceux de l'organisation existante (CODIR, CHSCT, réunions de service...) ou de nouveaux dispositifs à créer pour l'intervention ? Sur quels dispositifs s'appuyer pour assurer la pérennité de l'intervention et de ses effets dans le temps ?

Afin d'apporter une réponse précise à ces questions, qui soit fondée sur des éléments empiriques, nous partirons d'un cas concret, une RI réalisée dans un établissement de santé.

2. Une recherche-intervention dans un établissement de santé

La clinique, un gros établissement moderne, chirurgical et médical, de près de 350 lits, compte plus de 700 salariés. Son capital est entièrement détenu par la centaine de médecins qui y exercent, pour la plupart chirurgiens ou anesthésistes, qui ont choisi de s'associer pour avoir la maîtrise de leur outil de travail.

En juin 2008, le directeur de la clinique fait appel à notre équipe de recherche pour une intervention sur l'amélioration du climat social. Confronté quelques mois plus tôt à une grève à ses yeux aussi violente qu'inattendue, il connaît en effet de sérieuses difficultés, confirmées par les résultats du baromètre social qui mettent en évidence une dégradation générale de tous les indicateurs. La situation est en réalité très tendue depuis plusieurs mois, à tel point que les représentants du personnel, également délégués syndicaux et élus au CHSCT, ont décidé d'obliger la direction à prendre des mesures sur la question des risques psychosociaux. Cette dernière contacte notre équipe de recherche pour une intervention, mais les syndicats s'y opposent et votent de manière unilatérale, pour motif de danger grave et imminent, l'expertise d'un cabinet de conseil spécialisé, mandaté par eux-mêmes. La réunion de cadrage avec les consultants est très tendue : le prestataire refusant toute discussion sur le périmètre de l'intervention, la direction n'accepte pas le contrat proposé. Le CHSCT demande alors une action en référé au tribunal pour délit d'entrave.

C'est dans ce contexte de fortes tensions qu'en septembre 2008, notre équipe est appelée à intervenir pour un plan d'action sur l'amélioration du climat social. En janvier 2009, à l'issue de plusieurs réunions de cadrage de l'étude, une campagne d'entretiens individuels débute, menée sur l'ensemble de la ligne hiérarchique et devant conduire à un diagnostic précis de la situation. Des séquences d'observation réalisées en parallèle par l'équipe de recherche vont apporter un éclairage complémentaire aux données recueillies en entretien, en permettant de mieux saisir le quotidien des personnels et le travail tel qu'il s'effectue et s'organise réellement. Ce diagnostic est ensuite restitué aux différents acteurs concernés (comité de pilotage de l'étude, comité de direction, CHSCT, personnels, management de proximité, membres du directoire). Chaque séance de restitution donne lieu à de longs échanges avec les participants, qui se révèlent une source complémentaire de données très riches, à partir desquels il est possible de réfléchir collectivement à des solutions concrètes répondant aux éléments pointés dans le diagnostic. Fin juin 2009, à peine six mois après le lancement de l'étude, un plan d'action extrêmement riche et consensuel est finalement élaboré. Celui-ci est validé à tous les niveaux, y compris par les délégués syndicaux qui y étaient pourtant hostiles au départ. Son déploiement complet et la campagne de communication de la direction qui doit l'accompagner, auprès de l'ensemble des salariés, sont programmés pour la rentrée. Cette RI s'apparente à ce stade à un modèle du genre.

Mais en septembre 2009, une réorganisation décidée par le directoire va considérablement changer la donne : l'organigramme de la clinique est restructuré en trois pôles qui sont placés sous l'autorité directe de l'un des membres du directoire. L'équipe de direction se trouve confrontée à un véritable retour en force des médecins-actionnaires dans la gouvernance de la clinique et le comité de direction, identifié par le directoire comme un « *filtre inefficace* », « *source de tous les problèmes* », est finalement supprimé. Face à un tel désaveu, c'est l'ensemble du comité de direction qui prépare son départ (directeur, DRH, DAF, pharmacien). Le poste de la directrice des soins, dont la responsabilité s'étendait des services de soins au plateau technique, est purement et simplement supprimé.

Finalement, le plan d'action, élaboré collectivement, semble mis de côté suite au départ du comité de direction, pour la plus grande déception des délégués syndicaux qui n'auront de cesse de réclamer qu'il soit repris et mis en œuvre. Nous nous retrouvons alors dans le profil des RI « souvent décevantes » évoquées plus haut.

Pourtant, lorsqu'un an et demi plus tard, nous rencontrons lors d'un entretien-bilan la nouvelle DRH et l'ancienne adjointe de la directrice des soins, devenue, à l'issue de notre intervention, responsable des soins à part entière, notre équipe de recherche est confrontée à une surprise de taille : au cours de l'entretien, nous découvrons que l'essentiel des points d'amélioration proposés dans le plan d'action a finalement été mis en œuvre. Un certain nombre de mesures

prises vont même au-delà de ce qui avait été envisagé. Nos deux interlocutrices n'avaient elles-mêmes pas conscience de la conformité de ce qu'elles avaient mises en place avec le plan d'action élaboré deux ans plus tôt. La responsable des soins, après avoir relu attentivement le plan d'action et expliqué point par point ce qui avait été mis en place, conclut ainsi : « *Je dirais que quand je reprends le plan d'action, tout ce qui est mis là, finalement, a été fait.* ».

Comment expliquer cette issue finalement très positive ? En quoi le dispositif méthodologique y a-t-il contribué ?

3. Le dispositif méthodologique comme condition du succès de l'intervention

Il s'agit pour nous à ce stade d'examiner finement le dispositif méthodologique et sa contribution à l'évolution décrite, notamment l'évolution souterraine ultérieure. La RI a principalement consisté à créer ou activer une pluralité d'espaces de discussion avec des objectifs complémentaires. L'équipe de recherche a eu une fonction de mise en capacité des acteurs concernés et de médiation, de connexion entre les espaces.

3.1. Les différents espaces de discussion mobilisés

L'étude a débuté par plusieurs réunions de cadrage, avec le directeur général et la DRH, puis au sein d'un espace créé pour l'intervention, le comité de pilotage, réunions au sein desquelles a été discuté puis arrêté le dispositif d'enquête. Ces premières rencontres ont été l'occasion de gagner l'implication d'acteurs clés du comité de direction, mais aussi d'établir une relation de confiance avec les membres du personnel associés au comité de pilotage, participant d'un travail de pacification des relations sociales, essentiel dans le contexte de fortes tensions dans lequel l'étude débutait.

La collecte des données a permis de poursuivre ce travail de pacification auprès des différents acteurs rencontrés. Ainsi, au terme d'un entretien avec une aide-soignante qui s'est révélée appartenir au petit groupe des délégués syndicaux élus au CHSCT, nous avons pu, avec l'accord de la direction, prendre directement contact avec les élus qui nous ont reçus dans leurs locaux, où un dialogue constructif et ouvert a pu s'engager trois heures durant avec trois d'entre eux, renversant complètement leur attitude à l'égard de notre intervention.

A la suite de la collecte des données, un diagnostic précis de la situation a été établi. Celui-ci a dans un premier temps été présenté au comité de pilotage et au comité de direction. Par ailleurs, le recueil des données ayant permis d'identifier une certaine réticence de la part du management intermédiaire, un espace de discussion *ad hoc*, réunissant les cadres de proximité qui le pouvaient, sans la présence de l'encadrement supérieur, a été ouvert. Un véritable débat s'est établi au cours de ces différentes rencontres, alimenté par le travail d'investigation que l'équipe avait mené au préalable.

Un grand nombre d'espaces de discussion ont ainsi été mobilisés dans cette étude (voir tableau ci-dessous), à la fois des espaces institutionnels existants mais aussi des espaces spécifiquement créés pour l'intervention. Le travail mené dans chacun d'eux ne poursuivait toutefois pas les mêmes objectifs. Tandis qu'au sein du comité de pilotage (travaillant ensuite en deux sous-groupes thématiques), et de manière plus sommaire, au sein du *focus group*, les échanges devaient permettre de bâtir collectivement un plan d'amélioration du climat social, les rencontres menées de manière plus ou moins formelles avec les membres de la direction procédaient davantage d'un travail de médiation et d'acceptation à la fois du diagnostic mais aussi et surtout de ce qui s'élaborait au sein du comité de pilotage. Le rôle de l'équipe de recherche a finalement constitué en un double travail : d'équipement de la discussion d'une part, de connexion entre les différents espaces d'autre part. Recensons précisément les espaces de discussion ouverts avant de revenir sur le rôle des chercheurs dans ce dispositif.

Tableau 1 : Caractéristiques des espaces de discussion mobilisés dans l'intervention

	Acteurs associés	Moments de rencontre	Dispositif utilisé	Rôle du chercheur	Objectifs poursuivis
Entretiens de cadrage	DG Membres du COPIL	Juin à décembre 2008	<i>Ad hoc</i>	Actif : Négociation	Design des espaces, implication dans le processus, cartographie des pouvoirs, pacification des relations sociales
Comité de pilotage (COPIL) et ses deux sous-groupes	3 membres du CODIR, 2 adjointes dir. des soins, 4 cadres de proximité, 5 membres du personnel, psychologue, médecin du travail	18/12/2008 17/03/2009 Sous-groupe 1 : 05/05 et 29/05 Sous-groupe 2 : 19/05 et 18/06	<i>Ad hoc</i>	En retrait : Equipement de la discussion (informations et méthodologie)	Elaboration d'un plan d'amélioration du climat social
Comité de direction (CODIR)	DG, DRH, Directrice des soins et autres membres de l'encadrement supérieur	09/03/2009 04/05/2009 05/06/2009 29/06/2009 24/08/2009	Existant	Actif : Animation et pilotage de la discussion	Soigner la blessure narcissique, acceptation, médiation et connexion avec les autres espaces (notamment COPIL)
Directoire	DG, DRH et les 3 médecins-actionnaires membres du Directoire	28/08/2009	Existant	Actif : Animation et pilotage	Acceptation, médiation et connexion avec les autres espaces
CHSCT	DP/CE élus au CHSCT	Entretien : 03/03 29/04/2009 04/12/2009 23/03/2010	Existant	En retrait : Observation Equipement de la discussion (informations)	Pacification des relations sociales, implication dans le processus pour en faire des relais
Séances de restitutions du diagnostic	Membres du personnel rencontrés en entretien (sauf direction et COPIL)	2 séances le 22/06/2009	<i>Ad hoc</i>	Actif : Animation	Pacification des relations sociales, implication dans le processus, information
Focus group	7 membres de l'encadrement intermédiaire (dont 1 membre du COPIL)	29/04/2009	<i>Ad hoc</i>	En retrait : Equipement de la discussion (informations et méthodologie)	Pacification des relations sociales, implication dans le processus et élaboration de propositions concrètes
Rencontres informelles sur demande de la direction	DRH / DG / Directrice des soins et ses adjointes	DRH : réguliers ; dir. soins : 05/06 ; DG+DRH : 19/10 et 09/02/10	<i>Ad hoc</i>	Actif : <i>Conseil</i>	Acceptation, médiation et connexion avec les autres espaces
Réunion hebdomadaire des cadres	Directrice des soins, ses 2 adjointes, cadres de proximité soins/bloc	chaque mardi	Existant	Pas de présence des chercheurs	Déclinaison du plan d'action en propositions concrètes et mise en œuvre

3.2. Le travail de mise en capacité des acteurs au sein de ces espaces

En favorisant la discussion et la collaboration autour de projets communs, le comité de pilotage, comme le *focus group*, ont joué un rôle essentiel d'habilitation, de mise en capacité des acteurs, qui explique le succès de l'intervention aujourd'hui malgré le départ des principaux mandataires de l'étude. Pour autant, la réussite d'un tel dispositif n'est jamais acquise et nécessite un certain nombre de conditions pour que la discussion puisse véritablement s'y déployer.

Le comité de pilotage, constitué d'acteurs aux fonctions et responsabilités hiérarchiques différentes, est apparu comme un véritable lieu de débat autour des problèmes mis en évidence par le diagnostic. Il a permis la confrontation d'avis divergents afin de faire émerger des solutions concrètes, élaborées collectivement. Au fur et à mesure des échanges, nous avons vu certains acteurs qui n'auraient pas eu ailleurs voix au chapitre, tels que des agents de service ou des aides-soignantes, discuter, débattre, émettre des avis et défendre leurs opinions avec force face aux membres de la direction. En effet, en restituant le diagnostic, nous avons rendu publiques des représentations privées et réduit par là-même les « *coûts cognitifs et sociaux de la discussion* » [Detchessahar, 2003, p. 75], la tension psychologique qu'aurait généré pour tout acteur du groupe de travail l'expression publique de telles représentations. Lors des échanges qui ont suivi la présentation du diagnostic, comme lors de l'élaboration du plan d'action, l'équipe de recherche s'est davantage positionnée comme un animateur, un accompagnateur du groupe. Laissant les participants du comité de pilotage être force de proposition, nous sommes surtout intervenus pour recadrer les débats, synthétiser les échanges et garantir ainsi l'efficacité du dispositif institué. Par exemple, lors d'une réunion avec le comité de pilotage portant sur l'organisation du travail des ASH, le sous-groupe a conçu de manière collective une réponse au problème de l'absence des ASH aux transmissions :

Adjointe responsable des soins à une ASH : *Moi je pense qu'il faudrait que vous soyez aux transmissions dans sa globalité. (...) [La conversation prend un autre tournant. Nous recadrons]* **Chercheurs** : *On va revenir sur la question de l'intégration, des plannings, mais revenons sur les transmissions. Quel moment dans la journée, pour les meilleures transmissions ?* **Une ASH** : *Le midi, il y a celle du matin et celle de l'après-midi.* **Responsable hôtellerie** : *Perdre ½ h entre midi et 15h c'est difficile, entre midi et 15h c'est le gros rush (...). Ça ne va pas aller. (...)* [Après plusieurs propositions] **Adjointe responsable des soins** : *Ce n'est pas possible de faire ça avec l'IDE de J qui arrive le matin et qui prend connaissance de tous les patients ? Elle arrive à 7h30-8h, elle connaît ses patients de la veille car elle était du soir. Je pense que l'info on peut l'avoir à ce moment là.* **Responsable hôtellerie** : *C'est bien, ça !* [Réunion COPIL sous-groupe ASH 05/05/2009]

Le dispositif de recherche a finalement favorisé l'appropriation par les acteurs à la fois du diagnostic et du plan d'action, leur permettant de s'autonomiser, de s'émanciper de notre présence. Ainsi, dans les deux sous-groupes thématiques du comité de pilotage, après une première séance d'échange les participants ont été invités à désigner quelques représentants chargés d'avancer de manière autonome sur les pistes d'amélioration afin de proposer lors de la rencontre suivante un plan d'action détaillé à rediscuter et compléter avec le reste du sous-groupe. L'ensemble des propositions a fait l'objet d'une synthèse et d'une présentation au comité de direction puis au directoire par l'équipe de recherche, qui se chargeait ainsi de porter au niveau supérieur les produits de la discussion.

Au-delà du plan d'action, ce sont plus profondément les principes qui ont guidé son élaboration que les acteurs se sont appropriés. Lors de notre ultime rencontre avec la responsable de soins et la DRH, la responsable des soins concluait ainsi : « *Je retiens que l'essentiel du plan d'action, c'est l'échange et la communication. (...) A partir du moment où on l'a mis en place, ça fonctionne. On a bien évolué* ».

Finalement, la construction d'espaces de mise en discussion du travail a eu un effet habilitant pour les acteurs d'une structure jusque-là marquée par un mode de management descendant voire autoritaire. A travers ce dispositif, les acteurs se sont vus dotés de nouvelles ressources dans la discussion. Ils disposent tout d'abord d'un nouvel espace de mise en délibération de l'activité : on est ici véritablement dans une logique d'élargissement de l'espace public de l'entreprise. Ils se voient conjointement dotés d'une ressource essentielle, le temps,

momentanément extraits de leurs tâches quotidiennes pour assister à ces rencontres. Un mandat, avec une légitimité à agir, leur est par ailleurs octroyé, puisque les acteurs se voient confier une mission particulière au sein du comité de pilotage (bâtir un plan d'amélioration du climat social). Enfin, ils accèdent dans ces espaces à de nouvelles compétences et informations : les débats sont en effet éclairés par le travail de collecte et de mise en forme de l'information qui a été confié aux chercheurs. De la sorte, le dispositif redonne du « *pouvoir d'agir* » [Clot, 2008] aux acteurs de tous les niveaux.

3.3. *Le travail de médiation et de connexion entre les espaces*

Toutefois, ce mode d'intervention, restaurant des capacités d'action aux acteurs du terrain, n'allait pas sans risquer de fragiliser la direction qui souhaitait au contraire, en commanditant cette étude, renforcer sa maîtrise de la situation [Enriquez, 1997]. C'est pourquoi le travail d'accompagnement et de médiation réalisé en parallèle auprès du comité de direction s'est révélé essentiel.

La restitution du diagnostic au CODIR a été vécue douloureusement par ses membres, tant le tableau dressé mettait en évidence les défaillances du management à tous les niveaux. Un des moments décisifs pour soigner la blessure narcissique provoquée par la restitution fut la présentation, en introduction de la réunion suivante, du modèle des valeurs antagoniques de Quinn [Quinn et Rohrbaugh, 1981]. Le directeur trouva là des ressources qui, au lieu de le fragiliser, pouvaient au contraire justifier son action et les mesures à prendre, non pas comme la réponse à un échec de management mais au contraire comme le signe de sa performance, la marque de la compétence d'un dirigeant capable de « *complexité comportementale* » [Denison *et al.*, 1995]. Il révéla alors à demi-mots l'enjeu que représentait pour lui le fait que les membres du directoire entendent le diagnostic, dévoilant un peu de la fragilité de sa position vis-à-vis d'eux.

Peu à peu, et bien que dans un premier temps le directeur ait tenu à réaffirmer à plusieurs reprises que lui seul avait le pouvoir de décision, les cinq séances de travail d'une heure trente à deux heures avec le CODIR ont permis de poser les bases d'une juste acceptation et appropriation du diagnostic mais aussi du plan d'action qui s'élaborait parallèlement avec le comité de pilotage. Le CODIR a en effet dû accepter de voir se renverser la logique descendante dans laquelle il travaillait jusqu'ici, conséquemment à la prise en main de l'élaboration du plan d'action par le COPIL. Notre mission a dès lors consisté à présenter aux membres du CODIR l'état d'avancement du travail au sein du COPIL, afin qu'ils acceptent de n'être plus désormais unique force de proposition mais qu'ils accueillent les projets d'amélioration remontés par les équipes, les arbitrent, les valident puis se les approprient.

Le suivi du comité de direction a consisté en un véritable travail de médiation interne, de connexion avec les autres espaces de discussion que nous avions ouverts. Un des éléments déterminants en ce sens a été la présence d'acteurs simultanément dans plusieurs des espaces de discussions mobilisés. Ainsi, les membres du CODIR participant au COPIL étaient témoins de la manière dont s'élaborait le plan d'action et des réactions des membres du personnel sur les différents sujets. Ils se faisaient ensuite les porteurs des propositions qui y émergeaient, tant vers le CODIR que dans le travail quotidien avec leurs subordonnés, ainsi qu'en témoigne un extrait de l'intervention du pharmacien, membre du CODIR ayant demandé à participer au COPIL pour comprendre ce qui s'y passait :

Pharmacien : *Les managers de proximité, sont-ils prêts aussi à ce type de management ? Et puis le CODIR, est-il prêt aussi à ce type de fonctionnement ? (...) Le simple fait effectivement que les managers de proximité puissent remonter des informations, qu'elles puissent être entendues, c'est simple à dire... quand ça n'a jamais été fait, c'est pas forcément évident. Donc ça demande aussi un accompagnement (...).* **La psychologue :** *Si je peux me permettre, en quoi est-ce que c'est aussi différent ? Vous parlez d'avant,*

d'après, de quelque chose de nouveau... Le pharmacien : Ben on avait une structure jusqu'à présent quand-même très... descendante, et là on est en train d'évoquer quelque chose de très ascendant. C'est donc une modification quand même forte. (...) Enfin c'est une petite révolution. [Réunion COPIL sous-groupe Management 19/05/2009]

Si le travail de médiation et de connexion a pu ici être porté de manière très approfondie par l'équipe de recherche, il a été plus difficile avec d'autres espaces officiels plus fermés comme le directoire, ou même dans une certaine mesure pour la réunion hebdomadaire des cadres tenue par la directrice des soins. Dans celle-ci, les deux adjointes de la directrice ainsi que deux cadres de proximité membres du COPIL et ceux ayant participé au *focus group* ont cependant pu irriguer l'agenda de travail du collectif avec les problématiques ayant émergé dans le cadre de l'étude. En revanche, les membres du directoire n'avaient aucunement accès à ce qui s'élaborait dans les différents espaces, jusqu'à ce qu'une réunion ne soit finalement prévue fin août avec le CODIR et l'équipe de recherche pour présenter le diagnostic et le plan d'action, une fois validé par tous les autres acteurs. C'est parce qu'ils ne voyaient pas s'élaborer les réponses à la problématique du climat social qu'ils ont décidé de reprendre en main la gouvernance, précisément au moment où le plan d'action était prêt à être mis en œuvre, interrompant sans le savoir toute la dynamique enclenchée. Il n'est toutefois pas exclu que les membres du directoire aient tenu compte, au moins pour une part, de ce qui avait été signalé dans la présentation qui leur a été faite du diagnostic et du plan d'action. Ils ont en tout cas compris la nécessité d'une implication de leur part dans les questions organisationnelles ainsi que d'une plus grande réactivité sur les questions remontées par l'encadrement intermédiaire.

Cette reprise en main de la gouvernance par les médecins-actionnaires attire notre attention sur la nécessité dans toute RI, lors de la phase de cadrage de l'étude et de choix des espaces constituant le dispositif, de bien identifier les acteurs à y intégrer. S'il est bien évident qu'il convient d'impliquer tous les acteurs susceptibles d'alimenter le processus de collecte de données et le débat en vue de la construction du plan d'action, il est fondamental d'y inscrire également ceux qui permettront ensuite la mise en œuvre des solutions élaborées, à savoir d'une part l'encadrement intermédiaire qui en assurera le suivi au quotidien (ce qui ici a été fait), mais aussi les acteurs détenant véritablement le pouvoir décisionnel, d'autre part.

Dans cette étude, nous n'avons pas suffisamment cherché à décrypter les jeux de pouvoir entre ce que nous considérons comme « *l'acteur dirigeant* » [Uhalde, 2001] et les véritables détenteurs du pouvoir, à savoir les médecins-actionnaires, notamment ceux du directoire et peut-être du conseil de surveillance. Cette étape préalable de cartographie du pouvoir est pourtant particulièrement importante dans une organisation à la gouvernance aussi complexe, non seulement du fait de sa forme bicéphale propre aux organisations de santé mais aussi par la présence au quotidien des actionnaires dirigeants sur le lieu de travail, au côté des équipes, constituant une pression forte pour la direction.

De fait, le directeur nous reprochera à plusieurs reprises de n'avoir pas suffisamment insisté dans le diagnostic sur la part de responsabilité des médecins dans les problèmes identifiés. La posture alors adoptée par notre équipe ne nous apparaît *a posteriori* pas tant comme une erreur de diagnostic que comme une erreur d'interprétation des intentions de la direction. Convaincus que celle-ci cherchait pour se dédouaner à renvoyer la responsabilité sur les médecins, extérieurs à l'organisation et par conséquent au système-client de notre intervention, nous n'avons pas perçu dans toute sa mesure la menace que représentait leur réaction pour le directeur, déjà fragilisé dans son autorité par la récente grève. Nous souhaitons lui faire prendre conscience de ce qui déjà relevait de sa propre capacité d'action, sous-estimant du même coup la part qu'étaient susceptibles de prendre les médecins dans le processus.

4. Discussion : l'enjeu du design du dispositif méthodologique

4.1. Les conditions de la transformation de l'organisation

La RI postule tout d'abord que les acteurs ne sont pas totalement déterminés et qu'ils disposent de la capacité de s'engager dans un processus de changement. Elle se fonde explicitement sur le principe que les acteurs de terrain sont les mieux placés pour construire des solutions pertinentes aux problèmes qui sont les leurs. La RI pose qu'une évolution est possible en touchant certains acteurs du système, dont le comportement est susceptible de produire des effets de système. En dévoilant l'état du système et en rendant intelligible à tous ses dynamiques, la recherche fragilise certains acteurs, donne des ressources nouvelles à d'autres, plus ou moins en mesure de les saisir et de les mobiliser, en fonction de jeux de pouvoir qui peuvent pour partie d'ailleurs demeurer cachés. En ce sens, la restitution du diagnostic peut être un moment « *violent* » [Uhalde, 2001] et par conséquent décisif pour l'appropriation qui en est faite et pour la suite de l'intervention.

Elle l'est tout particulièrement pour les dirigeants, qui tiennent dans ce processus une place bien spécifique. D'une part du fait du déplacement cognitif que représente la confrontation à une interprétation du système différente de celle qui légitimait jusque-là leur action [Uhalde, 2001, p. 259] ; d'autre part parce que leur position dans le système se trouve bousculée par l'émergence de nouveaux acteurs qui prétendent à une légitimité dans la construction de la régulation ; enfin parce que, leur responsabilité étant engagée plus fortement que tous dans l'organisation par la position décisionnaire structurante qu'ils occupent, ils vivent la confrontation au diagnostic comme « *un problème narcissique d'appréciation de leur pratique de management* » [p. 388]. C'est pourquoi l'accompagnement des dirigeants tout au long de l'intervention, en vue de soigner la blessure narcissique ainsi créée, va se révéler fondamentale dans leur capacité ensuite à s'approprier le diagnostic, à s'en saisir et à le cristalliser dans des décisions pour l'avenir. Le dirigeant se trouve non seulement personnellement remis en cause mais également déstabilisé dans ce qui fonde son pouvoir [Enriquez, 1997], alors même que la demande d'intervention était au contraire, au départ, fondée pour lui sur la nécessité de le renforcer dans sa position et de lui donner de nouvelles ressources pour l'action [Dubost et Levy, 2002, p. 412].

La littérature sur la RI, lorsqu'elle s'intéresse aux conditions d'appropriation des produits du travail de co-construction avec les acteurs de la base, pointe volontiers la nécessité, pour que cela puisse modifier profondément le système dans la durée, que le relai soit assuré au niveau du sommet hiérarchique [Uhalde, 2001] ou des commanditaires de l'intervention [Dubost et Lévy, 2002]. La présente recherche pose ici l'hypothèse que les acteurs de l'encadrement intermédiaire jouent également un rôle fondamental et bien spécifique dans le processus de mise en œuvre du changement, par l'apprentissage et la diffusion des nouvelles expériences acquises dans le cadre de l'intervention. Cela suppose de les avoir suffisamment associés à la démarche, à la fois lors du diagnostic, permettant son appropriation et l'ouverture d'une démarche réflexive et de changement, et à la fois dans la phase de construction des solutions, qui seront donc *in fine* les leurs. C'est le rôle qu'ont joué ici le *focus group* avec les cadres de proximité et le comité de pilotage de l'étude, où les adjointes de la direction des soins étaient largement impliquées sur un temps suffisamment long pour que des effets d'apprentissage leur permettent d'intégrer profondément les principes qui sous-tendent l'intervention, à savoir la théorie de l'organisation portée par la recherche, celle d'un modèle fondé sur la discussion. Alors, indépendamment de l'appropriation ou non par l'acteur dirigeant, l'apprentissage réalisé est susceptible d'irriguer les pratiques au niveau local plus durablement, même si c'est parfois de manière invisible.

La phase d'intervention ne se limite donc pas à un travail de recherche de solutions, mais constitue une véritable période d'apprentissage du changement, des outils et surtout des produits attendus du changement, à savoir un mode de fonctionnement plus démocratique, le développement d'espaces de discussion qui soient des scènes de construction d'une régulation conjointe. Au-delà de la réponse à la commande, la visée de l'intervention est ici implicitement de transformer le modèle gestionnaire des organisations étudiées en un modèle, jugé meilleur, d'animation par la discussion, que la méthode d'intervention véhicule et diffuse. La RI a bien implicitement une visée normative, caractéristique, selon David [2008], de toute recherche en gestion.

4.2. Le dispositif méthodologique comme espace d'apprentissage

La méthodologie de l'intervention prend tout son sens en tant qu'elle est également porteuse de la théorie de l'organisation qui sous-tend la recherche. Dans la mesure où elle vise à instaurer des espaces de discussion qui permettront la construction des solutions, la méthodologie de l'intervention postule que les outils même de la recherche sont des espaces d'expérience et d'apprentissage, par les acteurs du terrain, des processus de discussion, de régulation conjointe, qui constitueront précisément le fondement du plan d'action élaboré.

Les espaces ainsi créés pour mettre en débat le travail sont dès lors également des laboratoires d'observation des dynamiques de régulation qui font précisément l'objet de la recherche. Ils sont le lieu où s'élaborent les solutions opératoires pour l'organisation, mais où s'éprouvent aussi les hypothèses de la recherche quant à la structuration et l'équipement de ces espaces et des dynamiques communicationnelles qui s'y déploient. On peut donc considérer, avec David, qu'ils sont à la fois « *lieu d'ingénierie* » et « *source de théories fondées* » [2008, p. 210]. La recherche-intervention est en effet l'occasion pour le chercheur de descendre « *dans l'arène pour éprouver lui-même les champs de force qui traversent l'organisation et la mettent en tension* » [Moison, 2010, p. 217]. Les espaces *ad hoc* créés par le dispositif intervention ne sont cependant pas à confondre avec les « *espaces de discussion sur le travail* » préconisés dans le plan d'action, courts, réguliers, centrés sur le travail, animés par un cadre du métier, tels que les propose la théorie des espaces de discussion [Detchessahar, 2001 ; 2003 ; 2011]. Il s'agit d'espaces qui répondent à un besoin bien spécifique, celui de l'intervention. Ils se présentent comme des espaces protégés, sécurisés, animés par des « experts » n'appartenant pas à la ligne hiérarchique, afin de créer les conditions d'un apprentissage facilité des outils qui seront ensuite mis en place et d'une meilleure appropriation ultérieure du modèle ainsi expérimenté. Ils contribuent également à faire en sorte que les espaces institutionnels officiels mobilisés par le dispositif (CODIR, CHSCT, réunion hebdomadaire des cadres...) soient investis par la dynamique de la discussion qui se déploie dans l'organisation à l'occasion de l'intervention.

L'ensemble du dispositif méthodologique est donc conçu comme un dispositif à la fois d'habilitation et de formation à un management par la discussion :

- il donne la parole à de nombreux acteurs qui n'avaient pas jusque là accès aux espaces de politique de l'organisation, leur donne un mandat, les invite à être acteurs et auteurs de l'organisation, à prendre part à l'élaboration des règles ;
- il les équipe pour cela d'outils et de moyens, leur fournit l'information et la capacité d'interprétation du système permettant ainsi un débat plus « éclairé » ;
- il pacifie l'ambiance en portant pour eux les représentations qu'il leur serait trop risqué de rendre publiques et en sécurisant la discussion par des règles précises s'imposant également aux membres de la hiérarchie présents ;
- il garantit autant que possible, en régulant le processus, que les résultats produits soient le fruit de compromis entre tous et constituent une véritable réponse aux problèmes identifiés ;

- il prend l'initiative d'associer et de construire des liens avec tous les acteurs nécessaires et entre les différents niveaux ; il porte notamment les produits de la discussion vers les instances décisionnaires et invite le management supérieur à prendre ses responsabilités.

A court terme, par son effet pacificateur des relations sociales, le dispositif méthodologique constitue donc déjà une première réponse à la situation sociale tendue en restaurant de relations de confiance et des espaces de dialogue. A moyen terme, il favorise l'appropriation par les acteurs du plan d'action qu'ils ont pu contribuer à construire dans un espace sécurisé. A plus long terme, ce type de méthodologie permet l'appropriation de ce qui constitue le cœur de l'intervention : une théorie de l'organisation fondée sur un management par la discussion. C'est l'effet « *capacitant* » à long terme de l'intervention décrit par Falzon [2005] :

« *En fait, à long terme, l'évaluation ne peut pas se fonder seulement sur les changements tangibles, qui souvent ont disparu du fait de l'évolution des conditions économiques et matérielles. Mais elle doit considérer les facteurs comme le comportement de l'entreprise en terme de participation des travailleurs aux décisions, ou du degré de considération donné au travail dans les processus de décision du management.* » [Falzon, 2005, p. 10]

Enfin, le dispositif méthodologique, en tant que processus, est plus important que les résultats concrets de l'intervention, au sens où il est un outil de formation par l'action et qui offre l'occasion de vérifier, par l'expérience, de sa pertinence. C'est ce qui explique que certains des acteurs présents aient été capables d'aller plus loin encore que le plan d'action initialement construit, pourtant déjà très poussé, et de mettre en place un véritable modèle de management fondé sur la discussion, alors même que les chercheurs avaient quitté le terrain depuis longtemps et le comité de direction porteur du projet été renouvelé entre temps. Ils sont devenus les « *managers délibératifs* » que Duchamp et Koehl appellent de leurs vœux [2008].

Bibliographie

- ARGYRIS C. (1970), « Intervention Theory and Methods », *A Behavioral Science View*, Addison-Wesley, Reading.
- CLOT Y. (2008), *Travail et pouvoir d'agir*, Ed. Puf, coll. Le travail humain, Paris, 296 p.
- COUSIN O. et RUI S. (2010), *L'intervention sociologique : histoire(s) et actualités d'une méthode*, Presses Universitaires de Rennes, 177 p.
- CROZIER M. et FRIEDBERG E. (1977), *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Ed. Seuil, 500 p.
- DAVID A. (2008), « La recherche-intervention, cadre général pour la recherche en management ? », in A. DAVID *et al.*, *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, Editions Vuibert, collection Fnege, Paris, p. 193-213.
- DENISON D., HOOIJBERG R., QUINN R. (1995), « Paradox and Performance: Toward a Theory of Behavioral Complexity in Managerial Leadership », *Organization Science*, vol. 6, n° 5, sept-oct, p.524-540.
- DETCHESSAHAR M. (2001), « Quand discuter, c'est produire... Pour une théorie de l'espace de discussion en situation de gestion », *Revue française de gestion*, n° 132, p.32-43.
- DETCHESSAHAR M. (2003), « L'avènement de l'entreprise communicationnelle », *Revue française de gestion*, n° 142, janvier février, p. 65-84.
- DETCHESSAHAR M. (2011), « Santé au travail. Quand le management n'est pas le problème, mais la solution... », *Revue française de gestion*, n° 214, p.89-105.

- DUBOST J. (1987), *L'intervention psychosociologique*, Ed. Puf, Paris, 350 p.
- DUBOST J. et LEVY A. (2002), « Recherche-action et intervention », in J. BARUS-MICHEL, *Vocabulaire de psychosociologie*, Ed. Erès, Hors collection, p. 391-416
- DUCHAMP D. et KOEHL J. (2008), « L'éthique de la discussion au service de la performance organisationnelle. Pour l'avènement de la compétence délibérative dans le profil managérial », *Revue internationale de psychosociologie*, vol. XIV, n° 34, p.189-206.
- ENRIQUEZ E. (1997), *Les jeux du pouvoir et du désir dans l'entreprise*, Ed. Desclée de Brouwer, Paris, 409 p.
- FALZON P. (2005), « Ergonomie, conception et développement », Conférence introductive, 40^e congrès de la SELF, Saint-Denis La Réunion, 21-23/09/2005, 12 p.
- FRIEDBERG E., 1997, *Le pouvoir et la règle*, Ed. Seuil, Paris, 404 p.
- HATCHUEL A. (1994), « Les savoirs de l'intervention en entreprise », *Entreprise et histoire*, n° 7, p. 59-75.
- MENDEL G. et PRADES J.L. (2002), *Les méthodes de l'intervention psychosociologique*, Repères, La Découverte, Paris, 121 p.
- MINGUET G. (2001), « Taxinomie des modèles sociologiques d'intervention », in D. Vrancken et O. Kuty (dir), *La sociologie et l'intervention : enjeux et perspectives*, Ed. De Boeck, Bruxelles, p. 19-68.
- MOISDON J-C. (1984), « Recherche en gestion et intervention », *Revue française de gestion*, n° 47-48, p. 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*, n° 1-2, p.213-226.
- PICHAULT F., LISEIN O., RONDEUX G. et XHAUFLAIR V. (2008), *La recherche-intervention peut-elle être socialement responsable*, Vuibert, Paris, 251 p.
- PLANE J-M. (2000), *Méthodes de recherche-intervention en management*, L'Harmattan, Paris, 256 p.
- QUINN R. et ROHRBAUGH J. (1981), « A Competing Values Approach to Organizational Effectiveness », *Public Productivity Review*, vol. 5, n° 2, June, p. 122-140.
- RAPOPORT R. N. (1970), « Three dilemmas in action-research », *Human Relations*, n° 23, déc., p. 499-513.
- SCHEIN E. (1969), *Process consultation : Its role in organization development*, Addison-Wesley, Boston, 147 p.
- SCHEIN E. (1987), *The clinical perspective in fieldwork. Qualitative research in methods series*, vol. 5, Sage Pub., 72 p.
- UHALDE M. (dir.) (2001), *L'intervention sociologique en entreprise*, Ed. Desclée de Brouwer, coll. Sociologie économique, Paris, 486 p.