

RECHERCHE ET ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE RÉFLEXION SUR LA POSTURE DE PRATICIEN RÉFLEXIF

Noura ZAGHMOURI
Laboratoire CEREFIGE
Université de Lorraine
(France)

RÉSUMÉ

Notre pratique professionnelle en tant que manager au sein des hôpitaux nous a amené à nous questionner sur les difficultés de mise en œuvre des transformations organisationnelles dans un contexte de crise. Dans le cadre d'un travail de recherche doctoral nous posons la question de recherche suivante : Comment le manager de proximité peut influencer le devenir d'une innovation managériale au sein des organisations de santé ? Cette question étroitement liée à notre expérience, professionnelle a naturellement provoqué un rapprochement entre l'objet d'étude, le manager, et le sujet d'étude, le chercheur, qui s'est ainsi positionné dans une posture de praticien réflexif. Cette posture devient un mode de création de connaissances riches mêlant les données issues des investigations à l'expérience du chercheur.

Mots clés : Praticien réflexif - Posture chercheur - Expérience professionnelle

INTRODUCTION

La communication proposée porte sur la posture de praticien réflexif pour un professionnel qui analyse ses pratiques lors d'un travail de recherche.

Au cours de notre pratique professionnelle en tant que manager au sein d'un établissement hospitalier, nous nous sommes constamment questionné sur les difficultés de mise en œuvre des transformations organisationnelles et des nouvelles pratiques managériales dans un contexte de crise perdurant depuis plusieurs années (Michot *et al.*, 2019). Afin d'appréhender les causes profondes de ces difficultés et pouvoir proposer des préconisations soutenant les changements indispensables à une sortie de cette crise, nous nous sommes orienté vers un travail de recherche doctoral portant sur les innovations managériales au sein des organisations de santé.

Nous revenons à postériori sur notre parcours académique mené conjointement à notre pratique professionnelle et ayant abouti en novembre 2019 à l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion.

Nous présentons dans un premier temps le cadre théorique à l'origine de la question de recherche. Nous décrivons ensuite la méthodologie appliquée, puis les résultats de la recherche. Nous exposons enfin les discussions émergentes de

ce travail, plus spécifiquement la posture de praticien réflexif inhérente à la recherche menée et la méthodologie mise en œuvre.

CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE

Le cadre théorique de notre recherche émerge des difficultés rencontrées lors de la réorganisation des activités au cours de notre expérience professionnelle en tant que manager de proximité au sein d'un établissement hospitalier. Il se situe à la jonction de trois concepts inter reliés : les innovations managériales, les organisations de santé et le manager de proximité.

Afin d'approcher au mieux les principes de réorganisation des activités et de nouvelles pratiques managériales, nous explorons le concept d'innovation managériale s'inscrivant dans un concept unique intégrant les innovations organisationnelles, les innovations administratives, les innovations management et les innovations managériales, et renvoyant aux composantes organisationnelles, structurelles et managériales de ce type d'innovation (Dubouloz, 2013). Nous faisons le choix d'utiliser le terme innovation managériale en référence à la définition de Birkinshaw *et al.* (2008, p. 825) : « l'invention et la mise en œuvre d'une pratique, d'un processus, d'une structure ou d'une technique de management nouveaux par rapport à ce qui est connu dans l'objectif de mieux atteindre les buts de l'organisation ». Le concept d'« innovation management » ou « innovation managériale » a été développé par Hamel *et al.* (2006), fondateurs de l'Innovation Management Lab à la London Business School. Ils ont ainsi souhaité préciser le concept d'innovation organisationnelle en soulignant le caractère stratégique et managérial de ce type d'innovation. L'innovation managériale est définie comme de « nouveaux principes, processus, de nouvelles pratiques de management » (Hamel, 2006, p. 75), ou comme de nouvelles pratiques managériales ou structures managériales dans un objectif d'amélioration de la performance (Birkinshaw *et al.*, 2008, p. 82).

Dans le cadre de notre recherche, nous considérons une innovation managériale mixte issue du management de la qualité, le *lean management*. Cette innovation porte sur une production de connaissances relatives aux principes et techniques appliqués tout en modifiant les relations en mettant à contribution l'ensemble des acteurs dans la recherche de solutions (Ohno, 1988). Elle génère une nouvelle organisation en modifiant le processus de décision et en mettant l'humain et les compétences des professionnels de terrain au cœur de la résolution de problèmes (Liker, 2004). Cette méthode a déclenché un engouement à partir des années 1990 (Jobin et Lagacé, 2014) suite à la parution du livre *The Machine that Changed the World* (Womack *et al.*, 2012), dans lequel les auteurs la présentent comme un puissant outil permettant de créer de la valeur tout en éliminant le gaspillage. Face à la nécessité de maîtriser les coûts et d'améliorer la qualité des soins, le *lean management* a fait son apparition au sein du secteur hospitalier sous l'appellation *lean healthcare* (Grabau, 2018).

La littérature relative au *lean healthcare* présente des résultats mitigés de son application, ainsi que de nombreuses critiques l'accusant de provoquer une intensification du travail et lui prêtant l'image de méthode cost killer (Hasle, 2014). La divergence émergente des travaux portant sur cette innovation managériale a confirmé notre volonté de l'explorer.

L'innovation managériale, correspond à un processus collectif, long et complexe, lié à l'apprentissage (Alter, 2010 ; Scozzi et Garavelli, 2005) composé d'une succession d'étapes (Damanpour, 1991) :

- **La décision de mettre en usage** : la perception d'un besoin ou problème conduit les acteurs à envisager les solutions potentielles parmi lesquelles peut émerger une innovation.
- **La mise en usage** : cette étape comprend l'expérimentation de l'innovation ainsi que sa transformation conduisant à son adaptation.
- **La poursuite de l'usage** : l'innovation est adoptée par l'organisation.

Dubouloz (2013) distingue trois types de barrières pouvant compromettre le projet d'innovation managériale les barrières internes liées à la structure de l'organisation, les barrières externes liées à l'environnement et les barrières liées aux attributs de l'innovation : la perception de l'innovation par les acteurs et son coût. L'auteure identifie les barrières internes comme les plus compromettantes, elles sont liées :

- Aux résistances au changement pouvant être dues à un manque de sens, une incompréhension de la nécessité de changer ;
- Au manque de temps ;
- Au management : le manque de proximité se révèle comme un frein considérable dans l'adoption de la démarche ;
- Au manque de qualification et d'expertise sur l'innovation managériale ;
- À la centralisation des décisions : l'innovation implique une organisation en mouvement (Alter, 2010), qui se transforme progressivement afin de s'adapter au contexte. Le processus de décision doit alors être décentralisé.

Nous nous intéressons à une barrière spécifique : le manque de proximité du management souligné par les travaux de Gaba et Meyer (2008) pour qui la proximité physique et sociale intervient dans la transmission de l'innovation. Cette proximité peut être investie par le manager de proximité, professionnel de terrain à la fois gestionnaire et encadrant, dont les missions ont pour objectif l'atteinte de la performance (Duséhu, 2012). Dubouloz (2013, p. 139) identifie le manager de proximité comme l'« une des clés à la résistance, à la création de sens, au climat social propice » à l'implantation des innovations managériales. Au-delà de la création de sens qui permet la mobilisation et l'implication des acteurs, le manager de proximité intervient dans la création collective de ce sens. Weick (1995) propose un modèle de *sensemaking* basé sur la création collective du sens en contexte organisationnel. Plus le changement sera important, plus la création de sens doit se révéler efficace. Le management des innovations managériales repose sur une combinaison technique et sociale (Van de Ven, 1986). Le rôle du manager de proximité, ses pratiques et ses champs d'intervention lors du processus d'innovation managériale doivent soutenir la

diffusion des nouvelles pratiques tout en accompagnant les modifications structurelles et interrelationnelles. Acteur clé de l'accompagnement du changement (Fermon et Grandjean, 2015), il peut cependant être contraint par un faible pouvoir décisionnel associé à de nombreuses exigences entravant l'accomplissement de ses missions (Payre et Scouarnec, 2015).

De plus, d'après Mol et Birkinshaw (2009), les innovations managériales sont spécifiques à chaque contexte, son adaptation favorise son adoption (Ansari *et al.*, 2010). La diffusion des nouvelles pratiques et leur formalisation, sont confrontées à la problématique de l'apprentissage organisationnel, c'est-à-dire au passage d'un savoir tacite à un savoir explicite (Alange *et al.*, 1998). L'organisation favorisant la diffusion et l'adoption d'une innovation est qualifiée d'organisation apprenante. Ce type d'organisation privilégie les processus collectifs de création, diffusion et assimilation des connaissances et des savoir-faire dans l'organisation (Livian, 2008). Les relations interprofessionnelles évoluent ainsi que la structure organisationnelle. Dumas *et al.* (2013) soulignent l'importance du management dans le processus de création et de transfert de connaissance sur lequel se base l'apprentissage organisationnel. Si les innovations managériales apparaissent comme une réponse aux difficultés des établissements hospitaliers, elles peuvent être entravées par une complexité organisationnelle pouvant freiner le mécanisme de diffusion des connaissances. En effet, Grenier *et al.* (2019) soulignent la nécessité de considérer la complexité structurelle des organisations de santé et la pluralité des acteurs y exerçant afin de lors du processus d'innovation. Tremblay (2008, p. 14) insiste sur le fait que le « travail aux frontières interprofessionnelles et inter organisationnelles met en mouvement tout un réseau d'acteurs ayant des schèmes cognitifs, des valeurs et des intérêts multiples et souvent contradictoires. ». Lors de la mise en place d'une innovation, les acteurs peuvent adapter leurs pratiques à l'innovation ou inversement (Denis *et al.*, 2002). De même Ferlie *et al.* (2005) et Kanter (2006) ont mis en évidence que la diffusion d'une innovation peut être difficile dans les milieux multi-professionnels.

Si la revue de littérature met en exergue le rôle clé du manager de proximité dans la diffusion d'une innovation managériale, elle soulève un questionnement sur la capacité de mobilisation des leviers managériaux soutenant la création de sens au sein de la complexité organisationnelle des hôpitaux.

Nous posons ainsi la question de recherche suivante : Comment le manager de proximité peut influencer la diffusion des innovations managériales au sein des organisations de santé ?

Notre recherche vise à explorer le processus de diffusion de l'innovation managériale au sein des organisations de santé en précisant l'influence du manager de proximité dans le mécanisme de diffusion de l'innovation, d'apprentissage des nouvelles connaissances et d'adoption de l'innovation.

CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Notre recherche s'inscrit dans un positionnement constructiviste visant à construire une réalité. Les données collectées résultent d'une construction par interaction entre le chercheur et l'objet étudié (Thiéart, 2014). Thiéart (2014, p. 44) qualifie cette connaissance de « contextuelle, relative mais surtout finalisée ». La finalité de notre recherche porte sur la proposition d'un modèle conceptuel décrivant les modalités de mobilisation des leviers managériaux au sein des organisations de santé confrontées à l'implantation d'une innovation managériale.

Charreire et Huault (2001, p. 33), citant les travaux de Hudson et Ozanne (1988), écrivent au sujet de la méthodologie relative au constructivisme : « afin d'engendrer une connaissance qualifiée d'idiographique, le chercheur doit se trouver immergé dans le contexte d'observation, développer une intelligence de ce contexte en s'imprégnant du langage des acteurs et faire preuve tout autant d'empathie que d'opportunisme méthodologique ». Ce positionnement conditionne ainsi la méthodologie employée, i.e. une recherche-intervention, et mobilisant une démarche hypothético-abductive. D'après Detchessar *et al.*, (2012, p. 3), la recherche-intervention implique « une dualité de recherche et d'intervention », la recherche accompagne continuellement l'intervention. Grâce à une expertise théorique ou pratique, le chercheur se situe au-delà d'une posture d'observateur. Il contribue à la réflexion et peut être amené à proposer des solutions aux problèmes rencontrés. Son objectif est l'expérimentation de nouveaux modèles de management et leur conceptualisation (Aggeri, 2015). Merdinger- Rumpler et Nobre (2011, p. 55) reprennent les travaux de Savall et Zardet (2005) afin de décrire l'intérêt de la recherche-intervention qui « permet une observation en profondeur et en temps réel des différents événements et évolutions d'un phénomène organisationnel ». Le chercheur participe activement à la construction de la réalité, s'engage dans la concrétisation du réel, formalise le changement et « conçoit des outils qui aident à installer ce changement correspondant à ce modèle de gestion formalisé » (Gonzales-Laporte, 2014, p. 19). Les connaissances émergentes des interactions entre le chercheur et les acteurs de l'organisation correspondent à une science socialement partagée assimilée à une zone de convergence entre les canons académiques et les résultats pratiques d'application. Le chercheur s'attache à développer les capacités introspectives des acteurs afin de les amener à comprendre eux-mêmes les difficultés rencontrées et ainsi, à les solutionner (Buono *et al.*, 2018). Aggeri (2015, p. 6) souligne l'importance du recueil de données en écrivant que « la qualité du recueil des données est le gage de scientificité du travail mené ». Buono *et al.* (2018, p. 20) présentent les données issues de la recherche-intervention comme existant à « l'état gazeux » au sein de l'organisation et dans la mémoire et l'inconscient des acteurs. Le chercheur doit alors révéler ces données afin de les matérialiser. Les données collectées lors d'une recherche-intervention sont « multifformes » (Krierf et Zardet, 2013, p. 216).

Au cours de notre immersion, nous sommes actifs dans la collecte de données en mobilisant deux types d'observation (Buono *et al.*, 2018, p. 106) :

- L'observation concentrée, « lorsque le chercheur passe plusieurs heures, voire plusieurs jours à observer l'objet étudié ». Elle s'applique lors de

la participation à des projets, des réunions, ou lors d'entretiens avec des membres de l'organisation ;

- L'observation diffuse, « lorsque toute présence physique du chercheur sur les lieux de travail est une occasion d'observation directe de l'objet ». Cette observation est orientée sur tous les indicateurs non-verbaux émis lors d'entretiens, mais également de tous les indicateurs verbaux et non verbaux recueillies au cours de notre présence.

L'observation peut induire un biais lié à la subjectivité du chercheur et à son interprétation des observations. Ce biais peut compromettre la validité et la fiabilité de ces données (Mbengue et Vandangeon-Derumez, 2005). Mbengue et Vandangeon-Derumez (2005) préconisent de tester régulièrement les informations recueillies et conseillent la tenue d'un cahier de bord dans lequel le chercheur consigne son vécu au moment de l'observation et assurant ainsi une certaine transparence. De même, Mbengue et Vandangeon-Derumez (2005) proposent de limiter l'influence de la présence du chercheur sur le terrain en augmentant la durée de sa présence, ce qui peut cependant entraver le maintien de la distance nécessaire.

Afin d'explorer les facteurs soutenant cette influence, nous envisageons une innovation managériale précise, le *lean healthcare*.

L'ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données recueillies s'inscrit dans les trois principes épistémologiques de l'observation scientifique de l'approche qualimétrique présentés par Buono *et al.*, (2018) citant les travaux de Savall et Zardet (2004) :

- L'interactivité cognitive, les données collectées sont issues des interactions entre le chercheur et les acteurs de l'organisation ;
- L'intersubjectivité contradictoire, les données collectées sont validées par consensus grâce à la technique de l'« effet miroir » (Krief et Zardet, 2013, p. 217). Cette méthode permet de confronter nos interprétations des données collectées à l'avis des acteurs et soutient la pratique de réflexivité permettant une validité de l'analyse réalisée. Elle permet également l'obtention d'informations supplémentaires en renvoyant nos analyses aux acteurs qui peuvent alors les commenter, les préciser ou les discuter. Le chercheur se positionne en tant qu'expert sur les données collectées ;
- La contingence générique, le chercheur prend une certaine distance vis-à-vis des données collectées et validées à partir de la littérature existante sur le thème de la recherche. La diversité des sources de données permet un caractère générique des données produites malgré les spécificités du contexte de la recherche. « C'est ce qui traduit le principe de contingence générique des résultats d'une recherche-intervention » (Buono *et al.*, 2018, p. 106).

Ainsi, l'analyse des résultats empiriques est faite de manière abductive, par un aller-retour permanent entre le terrain et les concepts théoriques énoncés. L'abduction est « une forme de raisonnement qui permet d'expliquer un

phénomène ou une observation à partir de certains faits. C'est la recherche des causes, ou d'une hypothèse explicative » (Catellin, 2004, p. 180). Les pratiques abductives s'appuient sur une « combinaison de l'expérience et de l'information et permettent d'appréhender la singularité des situations » (Catellin, 2004, p. 179). A partir d'une situation observée en tant que chercheur, nous émettons des hypothèses explicatives contribuant au processus de production de connaissances. Cette pratique permet de dépasser de potentielles hypothèses et ainsi, de nous ouvrir à des explications qui ne correspondraient pas forcément à nos attentes. L'analyse des données collectées est associée à des restitutions régulières auprès des acteurs de l'organisation.

LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'innovation managériale, le manager de proximité est nommé chef de projet. Il participe ainsi au processus de décision portant sur les modalités de mise en œuvre du *lean healthcare*.

En amont du déploiement du *lean healthcare*, il bénéficie d'une formation et se montre convaincu de l'intérêt de la méthode :

« J'adhère complètement à la méthode, je sais que ça peut fonctionner si c'est bien fait » (manager de proximité).

Cela lui permet de transmettre ses connaissances et de communiquer sur la nécessité d'appliquer le *lean healthcare* en réponse aux difficultés rencontrées :

« Ça permettra de se mettre tous ensemble autour d'une table et de trouver des solutions ensemble » (manager de proximité).

Malgré une volonté partagée de placer le patient au cœur de la réflexion, la création de sens et l'action collective sont difficiles en raison des intérêts divergents, notamment entre professionnels soignants et professionnels médicaux :

« On aimerait prendre plus de temps pour discuter avec les patients » (infirmier A) ;

« Il faut être efficace, traiter vite et bien, il y a beaucoup de patients qui attendent pour un rendez-vous » (médecin A).

Le manager exprime de nombreuses contraintes liées à la gestion quotidienne du service et lui laissant peu de temps aux innovations. De plus, il estime n'avoir pas suffisamment de marge de manœuvre pour conduire les transformations nécessaires :

« Je n'ai pas vraiment mon mot à dire sur l'organisation du service » (manager de proximité).

Pour les professionnels soignants, sa légitimité est remise en question. Ils évoquent une hiérarchie éloignée de leurs préoccupations journalières et regrettent de ne pouvoir participer aux prises de décision :

« Les chefs, on ne les voit jamais dans le service. Ils ne s'intéressent pas à nos problèmes, tout ce qui les intéresse c'est les chiffres » (infirmier B).

Le manager de proximité exprime également de grandes difficultés à collaborer avec les médecins

« *Les médecins font leur truc de leur côté, ils nous demandent pas notre avis* » (manager de proximité).

De même, ceux-ci expriment ne pas être consultés lors des prises de décisions et considèrent toute activité relative à des questions organisationnelles comme une perte de temps.

L'étape de mise en usage marque une évolution de l'autonomie du manager de proximité, sa latitude décisionnelle progresse de la même manière que les exigences attendues. En tant que chef de projet, il est garant de l'atteinte des objectifs fixés. Il parvient à convaincre les professionnels de santé de l'intérêt de la méthode en anticipant les réactions et en s'adaptant aux spécificités contextuelles. Il fait ainsi preuve d'agilité :

« *Je dois toujours expliquer pourquoi on doit appliquer tel outil, s'ils ne comprennent pas l'intérêt, ils ne me suivent pas* » (manager de proximité).

La mise en place de l'innovation engage une modification des relations interpersonnelles au sein de l'établissement et favorise le décloisonnement. Une communication transversale et une dynamique collaborative s'installe progressivement. Cependant, le calendrier du projet a dû être réadapté, des réunions ont dû être reportées suite à un manque de disponibilité des professionnels concernés.

Le terme du projet, soit de la mise en usage, marque la fin du statut de chef de projet du manager de proximité. Nous constatons cependant l'acquisition d'une certaine légitimité relative au *lean healthcare* grâce aux résultats positifs obtenus :

« *J'ai l'impression qu'ils me un peu plus confiance maintenant, on me demande mon avis* » (manager de proximité).

Au cours de la poursuite de l'usage, il est sollicité par ses pairs ou par des chefs de département souhaitant appliquer l'innovation managériale au sein de leur service. Cela lui permet de poursuivre la diffusion de ses connaissances au-delà des frontières de son service par l'instauration d'interactions avec les acteurs des services concernés encouragées par la direction.

« *J'ai marqué des points grâce à l'amélioration de l'organisation du service, maintenant on me demande des conseils* » (manager de proximité).

Les leviers managériaux sont identifiés à partir des observations et des verbatims des acteurs au cours des étapes successives de l'innovation managériale :

« *J'essaie d'anticiper au maximum les réactions* » (manager de proximité) ;

« *J'essaie de convaincre, de rassembler* » (manager de proximité) ;

« J'essaie de donner du sens à ce qu'on fait » (manager de proximité).

De la même façon, l'impact des leviers est évalué au cours de nos interactions avec les acteurs de l'organisation :

« Je trouve qu'il a changé depuis le début du projet, il nous écoute plus, il essaie de défendre les intérêts du service » (infirmier C) ;

« On voit qu'il maîtrise la méthode, qu'il sait gérer son projet » (médecin B) ;

« Il essaie de prendre en compte l'avis de tout le monde, même des patients » infirmier D) ;

« J'ai l'impression que la direction lui a octroyé un peu de pouvoir, il a gagné un peu d'assurance » (pharmacien A).

Les investigations menées permettent ainsi d'identifier les principaux leviers managériaux mobilisés lors des étapes successives de l'innovation managériale et d'évaluer leur influence sur la diffusion et l'adhésion à l'innovation managériale (cf. tableau 1).

Tableau 1 Leviers managériaux mobilisés et impacts au cours du processus d'innovation managériale

	Phase de décision		Phase de mise en usage		Phase de poursuite de l'usage	
	Niveau de mobilisation	Impact	Niveau de mobilisation	Impact	Niveau de mobilisation	Impact
Le leadership	+	+	++	++	++	++
L'agilité	+	+	+++	++	+	+
La création de sens	+++ (individuelle)	++	+++ (Collective)	+++	+++ (Individuelle)	++
La diffusion des connaissances	++	++	+++	+++	+++	+++

Légende : + = faible, ++ = moyen, +++ = fort

Les résultats de nos investigations révèlent :

- Une évolution des leviers managériaux mobilisés au cours des étapes successives ;
- Une évolution de l'influence des leviers sur la diffusion et l'adoption de l'innovation ;
- L'existence de facteurs soutenant cette capacité de mobilisation et de contraintes l'entravant.

Cette recherche marque à la fois les modalités d'influence du rôle managérial dans la diffusion d'une innovation managériale mais également les conditions soutenant cette mobilisation. Il s'agit principalement de conditions structurelles liées à la position du manager de proximité, son pouvoir de décision, et soutenant une forme d'habilitation.

Au-delà des résultats précisant les modalités d'influence managériale sur le processus d'innovation managériale, la recherche menée ouvre une discussion sur la posture de praticien réflexif.

DISCUSSION

La discussion porte sur deux réflexions ayant émergé de cette recherche :

- La posture de chercheur intervenant,
- La posture de praticien réflexif.

La posture de chercheur-intervenant

Buono *et al.* (2018, p. 28) définissent la « qualité de la relation entre le chercheur et les acteurs du terrain d'observation scientifique comme le facteur-clé de la qualité de la recherche ». Les acteurs doivent approuver la proximité du chercheur avec lequel ils partagent leur vécu, leurs expériences et leurs pratiques. Pour cela, nous défendons notre légitimité en tant que chercheur, ainsi que la légitimité de notre intervention, mais surtout notre légitimité au regard de notre expérience professionnelle et de notre connaissance du contexte organisationnelle. Sur le terrain, il fallut construire une légitimité associée au statut de chercheur-intervenant afin de mettre en place les interactions nécessaires à la production de connaissance et d'accéder à cette connaissance. L'instauration des interactions ne fut pas évidente et l'accueil fut mitigé lors de notre arrivée sur le terrain. Au terme de notre immersion, nous sommes revenus sur ce vécu avec les acteurs de l'organisation. Ceux-ci ont avoué ressentir une certaine suspicion et une crainte vis-à-vis d'un acteur externe mandaté par la direction et accédant au cœur de leur activité. Puis, ce ressenti a évolué vers de fortes attentes vis-à-vis de notre intervention perçue comme l'occasion de résoudre l'ensemble de leurs difficultés, nous avons ainsi été pris à témoin lors de situations difficiles ou de conflits. Afin de gérer ces réactions, nous avons veillé à maintenir une « familiarité distante » (David, 2013) tout au long de notre immersion en restant objectif et en évitant les prises de position et les jugements. Nous avons également utilisé notre connaissance du contexte hospitalier et de ses codes afin de construire notre légitimité en tant que chercheur. Cela a permis de comprendre les réalités se cachant derrière certains discours ou comportements. De plus, notre expertise de l'innovation managériale a renforcé notre légitimité auprès des dirigeants. Nous avons ainsi pu dépasser notre rôle d'observateur et contribuer à la production de connaissances.

Si des efforts ont été entrepris afin de défendre notre légitimité et notre position, afin d'occuper une place et une fonction clairement définies au sein de

l'organisation., un travail constant lié à la distanciation est réalisé, notamment par la formalisation régulière de nos travaux. Nous tenons également un journal de bord au sein duquel nous relatons quotidiennement nos observations, mais également notre vécu et nos impressions et ainsi prendre le recul nécessaire au maintien de notre statut de chercheur. Nous nous attachons également à partager nos réflexions avec la communauté de chercheurs lors de séminaires ou formations doctorales.

La posture de praticien réflexif

Le concept de praticien réflexif a été développé par Donald Schön, professeur du MIT (Massachusetts Institute of Technology) (Perrenoud, 2001). Lors de ses travaux, Schön (1994, 1996) propose une épistémologie des savoirs cachés dans l'agir professionnel. D'autres auteurs se sont intéressés à ce concept en le nommant savoirs d'action (Argyris, 1995 ; Barbier, 1996), connaissances en actes (Vergnaud, 1996) ou savoirs experts (Joshua, 1996). Schön (1994) décrit le praticien réflexif comme un observateur qui « converse avec le réel » en s'interrogeant sur ses propres pratiques. Le sujet devient ainsi l'objet de réflexion. Lallé (2004) présente la démarche d'introspection liée à cette posture.

Dès le début de notre projet doctoral, nous prenons conscience de notre niveau de présupposés lié à notre expérience professionnelle et de l'importance de les déconstruire afin de retrouver une objectivité essentielle à la validité de notre démarche. Un travail de prise de distance est entrepris tout au long de notre recherche, par des contacts répétés avec la communauté des chercheurs et la participation régulière à des formations doctorales et des congrès. Cependant, malgré les précautions adoptées afin de maintenir une distance, la réflexivité a naturellement émergé de notre recherche. La posture de praticien réflexif s'est construite progressivement au cours de la recherche.

Lors de la revue de littérature, nous utilisons nos connaissances empiriques afin de nous approprier les concepts théoriques et de pouvoir ainsi les mobiliser lors de nos investigations. Nous appréhendons la complexité structurelle des hôpitaux liée à une pluralité d'acteurs et entravant le pouvoir décisionnel. Ensuite, afin de répondre aux exigences méthodologiques, nous nous engageons en immersion au sein d'un établissement hospitalier au plus près de l'objet étudié, soient les acteurs exerçant au sein de l'organisation de santé qui constitue notre terrain de recherche. Une nouvelle fois, nous nous appuyons sur notre expérience professionnelle au sein du secteur de la santé et notre connaissance du contexte et de sa culture afin de mettre en place les conditions favorables à l'approche méthodologique envisagée. Notre expérience facilite nos interactions avec les acteurs :

« on a l'impression que tu travailles ici » (infirmier).

Lors de notre immersion, nous participons activement au déploiement d'une innovation managériale et accompagnons les acteurs de l'organisation, plus précisément le manager de proximité, dans l'objectif de répondre à la problématique énoncée. Cette proximité avec les acteurs de l'organisation et le risque de transfert. Lors de nos interactions avec le manager de proximité, nous

nous confrontons à des difficultés également vécues lors de notre exercice. Le discours du manager renvoie à un vécu quelquefois difficile :

« *c'est pas facile d'appliquer des décisions avec lesquelles on est pas d'accord* » (manager de proximité) ;

« *c'est pas facile comme métier, on doit satisfaire tout le monde* » (manager de proximité).

La posture de praticien réflexif permet d'accéder à des données quelquefois inaccessibles pour un observateur extérieur. Le comportement des acteurs nous est familier, les non-dits prennent du sens. L'observation des managers a induit une observation de notre propre comportement et un retour sur notre vécu et les difficultés vécues. Ces observations complétées par une approche théorique ont permis une compréhension de notre fonctionnement, de nos comportements et des difficultés rencontrées. La réflexion s'est inscrite de manière instantanée lors de nos interventions mais également de manière prolongée en revenant sur notre propre vécu. La posture de praticien réflexif devient un mode de création de connaissances riches mêlant les données issues des interactions avec le vécu du chercheur.

Notre posture réflexive a ainsi enrichi nos investigations en révélant par exemple l'influence du leadership sur le processus d'innovation managériale. Tremblay (2008) distingue deux types de leadership dans le cadre des innovations et du changement : le leadership d'un leader d'opinion et le leadership collectif. Le leader d'opinion, par sa relation de proximité avec les opérationnels contribue à la diffusion des nouvelles pratiques (Dopson *et al.*, 2002 ; Flodgren *et al.*, 2007). Il adopte un comportement positif favorisant le succès de l'innovation (Rogers, 2010 ; Dopson *et al.*, 2002 ; Flodgren *et al.*, 2007). Le leadership collectif, quant à lui, s'appuie sur l'association de compétences complémentaires et expertes au niveau du pilotage du projet et dans la gestion du changement (Tremblay, 2008). Il peut être contrarié par des rivalités entre les leaders, le manque de faisabilité du projet et la non considération de l'environnement. Le leader, convaincu par l'intérêt de l'innovation et pouvant combiner son expertise à celles d'autres leaders. Cependant, afin d'explorer les modalités de mobilisation du leadership et les freins associés, nous avons combiné nos investigations à notre propre pratique. Si nous avons retrouvé le concept de « macromanagement » développé par Mintzberg (2011) qui conduit les responsables à un interminable travail de gestion et de mesure de la performance qui ne leur laisse plus le temps de manager le travail sur le terrain, nous avons également exploré la possibilité d'une fuite du terrain par les managers. Il peut quelquefois être plus confortable pour un manager d'assurer des missions de gestion des activités que de se confronter aux tensions du terrain et à l'épuisement des opérationnels pour lesquels le manager se retrouve impuissant.

Nous soulignons ici les impacts de cette posture qui permet à la fois d'enrichir les investigations menées et l'analyse du matériau recueilli, mais qui peut également être source de biais si des précautions méthodologiques ne sont pas respectées. Plane (1994) évoque les difficultés relatives à la distanciation lors d'une recherche-intervention et développe la conception ethnométhodologique

d'analyse des discours et des pratiques qui peut améliorer le niveau de connaissances.

CONCLUSION

Notre question de recherche en lien avec notre activité professionnelle antérieure et la méthodologie déployée ont inéluctablement provoqué un rapprochement entre l'objet d'étude, le manager de proximité, et le sujet d'étude, le chercheur, qui s'est ainsi positionné dans une posture de praticien réflexif, malgré les efforts entrepris pour maintenir une distance. Le travail de recherche mené a provoqué une véritable introspection sur notre fonction de manager. Nous considérons cette posture réflexive comme source d'une forte richesse sur les résultats de cette recherche par une plus grande compréhension des comportements et des codes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Argyris, C. (1993). *Savoir pour agir*, Paris, InterÉditions, 1995, traduit de Knowledge for Action, a Guide to Overcoming Barriers in Organizational Change, San Francisco.
- Barbier, J.-M.(1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris: Presses universitaires de France. *Revue des sciences de l'éducation*, 23(2), 436-436.
- Catellin, S. (2004). L'abduction : une pratique de la découverte scientifique et littéraire. *Hermès, La Revue*, 39(2), 179-185.
- Crozier, M. (1964). Pouvoir et organisation. *European Journal of Sociology/Archives Européennes de Sociologie*, 5(1), 52-64.
- 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.
- David, A. (2013). La place des chercheurs dans l'innovation managériale. *Revue Française de Gestion*, 235(6), 91-112.
- Detchessahar, M., Gentil, S., Grevin, A., & Stimec, A. (2012). Le design de la recherche-intervention en management : Réflexions méthodologiques à partir d'une intervention dans une clinique. Nantes : Presses Universitaires de Nantes.
- Dopson, S., FitzGerald, L., Ferlie, E., Gabbay, J., & Locock, L. (2002). No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. *Health Care Management Review*, 27(3), 35-47.
- Flodgren, G., O'Brien, M. A., Parmelli, E., & Grimshaw, J. M. (2007). Local opinion leaders: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Gonzalez-Laporte, C. (2014). *Recherche-action participative, collaborative, intervention... Quelles explicitations ?* Thèse de doctorat, Labex ITEM.
- Graban, M. (2018). *Lean hospitals: Improving quality, patient safety, and employee engagement*. New York, NY : CRC press.
- Guilmot, N., & Vas, A. (2012). Les cadres intermédiaires au cœur du sensemaking. *Revue Internationale de Psychosociologie et de Gestion des Comportements Organisationnels*, 18(45), 77-99.

- Hasle, P. (2014). Lean production—an evaluation of the possibilities for an employee supportive lean practice. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries*, 24(1), 40-53.
- Jobin, M. H., & Lagacé, D. (2014). La démarche Lean en santé et services sociaux au Québec : comment mesurer la maturité des établissements ? *Gestion*, 39(3), 116-127.
- Johnsua, S. (1996). Le concept de transposition didactique n'est-il propre qu'aux mathématiques. Au-delà des didactiques, la didactique. *Débats autour de concepts fédérateurs*, Bruxelles, De Boeck, 61-73.
- Krief, N. & Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en Sciences de Gestion*, 95(2), 211-237.
- Lallé, B. (2004). Production de la connaissance et de l'action en sciences de gestion. *Revue française de gestion*, (1), 45-65.
- Liker, J. K. (2004). The 14 principles of the Toyota way: An executive summary of the culture behind TPS. *The Toyota Way*, 14(1), 35-41.
- Mbengue, A., & Vandangeon-Derumez, I. (2005). Positions épistémologiques et outils de recherche en management stratégique. Actes de la VIIIème conférence de l'AIMS.
- Merdinger-Rumpler, C. & Nobre, T. (2011). Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ?. *Gestion 2000*, 28(3), 51-66.
- Michot, F., Launois, B., Bertrand, D., Bringer, J., Degos, L., Olie, J. P., & Thuillez, C. (2019). Rapport 19-02. L'hôpital public en crise : origines et propositions. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 203(3-4), 109-121.
- Mintzberg, H. (2011). *Manager : ce que font vraiment les managers*. Paris : Vuibert.
- Ohno, T. (1988). *Toyota production system : Beyond large-scale production*. Boca Raton : CRC Press.
- Payre, S., & Scouarnec, A. (2015). Manager : Un métier en mutation ? Essai de lecture rétro-prospective pour dessiner les contours du métier de manager et les accompagnements RH nécessaires. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 97(3), 3-16.
- Perrenoud, P. (2001). Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance. *Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance. Alternance et complexité en formation. Éducation*, 10-27.
- Plane, J. M. (1998). Pour une approche ethnométhodologique de la PME. *Revue internationale PME Économie et gestion de la petite et moyenne entreprise*, 11(1), 123-140.
- Rogers, E. M. (2010). *Diffusion of innovations*. New York, NY : Simon and Schuster.
- Savall H., Zardet v. (2005), *Ingénierie stratégique du roseau* (2ème édition), Paris : Economica.
- Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif*, Montréal. Editions Logiques.
- Schön, D. A. (1996). *Le tournant réflexif: pratiques éducatives et études de cas*. Éditions Logiques.
- Thiéart, R. A. (2014). *Méthodes de recherche en management* (4ème édition). Paris : Dunod.
- Tremblay, D. (2008). *La traduction d'une innovation organisationnelle dans les pratiques professionnelles de réseau : l'infirmière pivot en oncologie*. Montréal : Université de Montréal.

Vergnaud, G. (1996). Au fond de l'action, la conceptualisation. *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, 2, 275-292.

Womack, J.P., Jones, D.T., & Ross, D. (1990). *The machine that changed the world*. New York, NY : Rawson Associates.