

UNIVERSITE PARIS XIII –SORBONNE PARIS NORD

École doctorale Érasme

**Effets d'une démarche collaborative, médiée par un tiers, sur les
apprentissages et les transformations des pratiques des acteurs
et de leurs organisations.**

**Construction d'une communauté de pratique dans le champ de
l'accompagnement à l'autonomie en santé**

THÈSE DE DOCTORAT

Présentée par

Alexia ZUCHELLO

Laboratoire Éducatifs et Promotion de la Santé – LEPS (UR 3412)

Pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN SANTE PUBLIQUE

Soutenue le

devant le jury d'examen constitué de :

COLIN Cyrille, Université de Lyon, Président du jury

ALBOUY Marion, Université de Poitiers, Rapportrice

PÉTRÉ Benoît, Université de Liège, Rapporteur

GROSS Olivia, Université Sorbonne Paris Nord, Directrice de thèse

LOMBRAIL Pierre, Université Sorbonne Paris Nord, Directeur de thèse

DORSA Mariana, Membre invité

TITRE

Effets d'une démarche collaborative, médiée par un tiers, sur les apprentissages et les transformations des pratiques des acteurs et de leurs organisations.

Construction d'une communauté de pratique dans le champ de l'accompagnement à l'autonomie en santé

TITLE

Effects of a collaborative approach, mediated by a third party, on learning and practices transformations of actors and their organizations.

Building a community of practice in the field of health autonomy support

REMERCIEMENTS

L'histoire de cette thèse, c'est d'abord de très belles rencontres au sein du projet ACESO, au sein de l'équipe du Pôle de Ressources en ETP, au sein du LEPS et celles de la vie. Je n'aurai pas assez de quelques pages pour tous vous remercier, mais je sais que vous vous reconnaîtrez. La réalisation de cette thèse n'aurait, quant à elle jamais été possible sans plusieurs personnes, qui ont su croire en moi, que je tenais particulièrement à remercier.

J'aimerais remercier les membres du jury de me faire l'honneur de siéger dans ce jury de thèse. Ils ne sont pas si nombreux parmi les spécialistes celles et ceux qui s'intéressent à ces sujets et pouvoir en juger avec pertinence.

Je voudrais adresser toute ma reconnaissance à Olivia Gross, directrice de cette thèse, qui a accepté d'encadrer cette thèse et l'a fait avec une prodigieuse bienveillance et beaucoup de patience. Merci pour vos conseils et votre écoute, ils m'ont permis de progresser et d'apprendre tout au long de ces quatre dernières années.

Je souhaiterais particulièrement remercier Pierre Lombrail, directeur de thèse, pour son accompagnement sans faille mêlant rigueur scientifique et gentillesse durant toute cette thèse.

Je souhaiterais aussi remercier le Professeur Rémi Gagnayre et toute l'équipe du LEPS de m'avoir accueillie au sein du laboratoire et aidée à me familiariser avec les sciences de l'éducation m'ouvrant ainsi à un nouveau monde, celui de la pédagogie. Merci de m'avoir accordé cette chance.

Je tiens à remercier l'équipe du Pôle de Ressources de m'avoir offert la possibilité de réaliser cette thèse en bourse CIFRE et de leur soutien pendant toutes ces années. J'aimerais particulièrement remercier Pierre-Yves Traynard qui a su me donner la chance de réaliser cette thèse de doctorat, et Mariana Dorsa qui a encadré mon travail avec bienveillance et m'a soutenue durant mes moments de doutes.

Merci à mes collègues doctorants pour leur soutien. J'aimerais particulièrement remercier Valérie, Merhnoosh, Albane, May, Paul, Léa, et tous ceux qui ont particulièrement été présents au cours de ces derniers mois.

Merci à mes amis Chloé, Éliziane, Joy, Pierre-Henri, Yannick, Marion et tous les autres d'avoir partagé mes moments de peines et de joie.

Un grand merci à ma famille et plus particulièrement à mes parents qui m'ont toujours soutenue et encouragée. Je ne serais jamais arrivée jusque-là sans vous.

Enfin merci à mon conjoint, Thibaut, pour son soutien et ses encouragements durant tout ce parcours. Je n'y serais pas arrivée sans toi.

RÉSUMÉ

Introduction - Les pratiques d'accompagnement à l'autonomie en santé (AAS), supposent que les accompagnants (salariés ou bénévoles) et des organisations de santé coordonnent mieux leurs pratiques et que celles-ci visent davantage l'*empowerment* des personnes accompagnées. Ce changement ne va pas de soi et nécessite lui-même d'être accompagné. **La question de recherche était la suivante : comment des acteurs, accompagnants salariés ou bénévoles, développent-ils collectivement, via une intervention médiée par un tiers, leur pouvoir d'agir (*empowerment*) et leur coopération jusqu'à éventuellement conduire une démarche de changement au profit de l'*empowerment* des personnes accompagnées ?**

Méthode – La recherche s'inscrit dans le cadre d'un des projets de l'expérimentation nationale de l'AAS, le projet ACESO qui rassemblait 21 organisations partenaires hétérogènes autour d'un objectif commun, celui d'améliorer les pratiques d'AAS pour les rendre plus inclusives et coopératives. Une recherche qualitative compréhensive, inscrite dans une épistémologie constructiviste, a été menée. Une posture d'observation participante a permis une immersion de 3 ans dans le terrain de recherche avec le recueil d'un ensemble varié de données (entretiens, focus group, analyses documentaires, productions du projet, observations participantes, observations directes et notes de recherche). Une méthode abductive a été suivie pour leur analyse.

Résultats - Les partenaires du projet, ont formé une communauté de pratique (CP) au sein de laquelle leurs référents ont confronté leurs pratiques d'AAS entre pairs accompagnants, ce qui les a conduits à s'engager dans un processus d'apprentissage transformationnel. Des effets de halo ont été identifiés : les apprentissages individuels des référents se sont diffusés dans les organisations partenaires conduisant à des apprentissages « en double boucle ». Ces organisations ont commencé à mettre en place les ingrédients actifs de l'AAS au profit des personnes accompagnées (*empowerment* collectif, *empowerment* organisationnel, environnement capacitant) et les accompagnements sont devenus plus horizontaux. La CP a pu obtenir ces résultats grâce à l'animation du porteur de projet renvoyant à la fonction de tercésation décrite par Xhaufclair et Pichault en 5 dimensions. Deux nouvelles dimensions ont été identifiées : 1) respecter les valeurs des membres de la CP (et de leur organisation) et leur engagement dans les transformations sociales et 2) faire du tercésé un tercésateur.

Discussion et perspectives - Au sein de la CP, les participants au projet ont pu développer leur pouvoir d'agir sans que cela se fasse au détriment des personnes accompagnées. Au contraire, l'*empowerment* des uns a été favorable à celui des autres. Compte-tenu de l'existence des effets de halo et de leur pénétrance, il est suggéré de les rechercher pour compléter les évaluations d'impact des actions de santé publique afin de valoriser les effets indirects des projets. Les CP soutenues par une structure d'appui sont des espaces propices aux apprentissages et aux transformations de pratique. La fonction de tercésation semble de

nature à conforter les structures d'appui dans leur mission d'animation au sein des territoires de santé.

Mots-clefs - Communauté de pratique, tercésation, tiers tercésateur, apprentissage transformationnel, *empowerment* individuel, *empowerment* collectif, *empowerment* organisationnel, environnement capacitant, structure d'appui, apprentissage en double boucle

ABSTRACT

Introduction - Support to autonomy in health require support staff (salaried or volunteers) and organisations to coordinate their practices more effectively, and for them to focus more on empowering of the people who would be supported. This change is not self-evident and requires support. **The research question was: how do actors, salaried or volunteer support staff, collectively develop their empowerment and their cooperation, via an intervention mediated by a third party, to the point where they can eventually lead a process of change to benefit the empowerment of people who would be supported?**

Method - This research is part of one of the projects of support to autonomy national experiment: the ACESO project, which brought together 21 heterogeneous partner organizations around a common objective of improving support to autonomy practices to make them more inclusive and cooperative. A comprehensive qualitative study was carried out, based on a constructivist epistemology. Participatory observation enabled us to immerse ourselves in the research field for 3 years, collecting a wide range of data (interviews, focus groups, documentation, physical artifacts, participant observations, direct observations and research notes). An abductive method was used to analyse the data.

Results - Project partners formed a Community of Practice (COP) in which their referrers shared their support to autonomy practices with peers, leading them to engage in a transformative learning process. Halo effects were identified: the individual learning of the referents spread to the partner organizations, leading to "double-loop" learning. These organizations have started to put in place the active ingredients of support to autonomy for the people who would be supported (collective empowerment, organizational empowerment, enabling environment) and support has become more horizontal. The COP was able to achieve these results thanks to the project leader's leadership, which refers to the terceisation function described by Xhaufclair and Pichault in 5 dimensions. Two new dimensions were identified: 1) respecting the values of the members of the COP (and their organization) and their commitment to social change, and 2) turning "terced" into a "tercing third party".

Discussion and perspectives - Within the COP, participants to the project have been able to develop their empowerment without this being to the detriment of the people they support. On the contrary, the empowerment of some was favourable to that of others. Given the existence of halo effects and their penetration, it is suggested that they be investigated as a complement to impact assessments of public health initiatives, in order to assess the indirect effects of projects. The COP supported by a support structure are ideal places for learning and changing practices. The terceisation function seems likely to strengthen the support structures in their role as facilitators within health territories.

Keywords - Community of practice, terceisation, tercing third-party, transformative learning, individual empowerment, collective empowerment, organisational empowerment, enabling environment, support structure, double-loop learning

VALORISATION DE LA RECHERCHE AU COURS DE LA THÈSE

1. Publications

- Zucchello A., Dorsa M., Lombrail P., Duvivier M., Traynard PY. & Gross O. Améliorer les pratiques d'accompagnement à l'autonomie en santé : effets d'un dispositif d'apprentissage coopératif. *Santé Publique*. 2023;35; 149-158. <https://doi.org/10.3917/spub.232.0149>
- Zucchello A., Dorsa M., Lombrail P., Traynard PY. & Gross O. (2023). L'animation d'une communauté de pratique inter-organisationnelle : une condition d'amélioration des pratiques professionnelles dans les champs sanitaire et social. *Journal de gestion et d'économie de la santé* (version acceptée). 2023.
- Pôle de Ressources en Éducation Thérapeutique du Patient, Ile-de-France. Rapport d'auto-évaluation. Projet ACESO : Accompagnement Évolutif et Solidaire. Paris (France). Oct 2021. 62p.

2. Communications orales

- Dorsa M., Zucchello A., Routier C. Présentation « Coopération, expérimentation et recherche visant l'amélioration des pratiques d'accompagnement à l'autonomie en santé » et participation à l'animation de l'atelier 6 : « Evaluation collaborative en ETP ». Communication à la 5^{ème} Journée Nationale de Recherche en ETP : « En quoi la recherche peut aider à construire la coopération d'acteurs ? » ; 1^{er} déc et 30 mars 2020 ; en ligne.
- Zucchello A., Dorsa M., Lombrail P., Duvivier M., Traynard P. & Gross O. « Appuyer les transformations des pratiques avec pour objectif de favoriser l'*empowerment* individuel des personnes vivant avec une maladie ». Communication au Congrès d'Éducation Thérapeutique du Patient ; 27 et 28 mai 2021 ; en ligne.
- Zucchello A., Dorsa M., Lombrail P., Duvivier M., Traynard P. & Gross O. « Crise des métiers de l'Humain : Comment traduire en actes les applaudissements de hier ? ». Table ronde 3 : « Transformations organisationnelles et décloisonnement des secteurs, quel avenir pour le management et les métiers ? ». Communication à la Journée de rentrée sociale de l'Uriopss Île-de-France ; 6 oct 2021 ; Paris.
- Zucchello A., Dorsa M., Lombrail P., Duvivier M., Traynard P. & Gross O. « La fonction de tercésation d'une structure d'appui dans la co-construction d'un projet pluri partenarial : une méthode d'apprentissage de la coopération pour des acteurs en santé ? ». Communication au Congrès d'Éducation Thérapeutique du Patient ; 5 au 7 mai 2022 ; Montpellier.

3. Communication affichée

- Société Française de Santé Publique (SFSP). Congrès SFSP (2021 ; Poitiers). Zucchello A., Dorsa M., Lombrail P., Duvivier M., Traynard PY. & Gross O. Le Projet ACESO : une expérience d'appui au développement de pratiques d'accompagnement à l'autonomie.

4. Communication réalisée dans le cadre du doctorat

- Zucchello A. Co-construction d'un projet pluri-partenarial comme moyen de développer la réflexivité et la coopération des acteurs en santé. Piste de réflexion pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur pour le pédicure-podologue. Communication au : Congrès Union régionale des professionnels de santé des Pédicures-Podologues Provence-Alpes-Côte-d'Azur « Prise en charge de la douleur » ; 31 mars 2023 ; Bandol.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	3
RÉSUMÉ	4
ABSTRACT	6
VALORISATION DE LA RECHERCHE AU COURS DE LA THÈSE.....	7
1. Publications	7
2. Communications orales.....	7
3. Communication affichée	8
4. Communication réalisée dans le cadre du doctorat	8
SOMMAIRE	9
ABRÉVIATIONS.....	12
GLOSSAIRE	13
ORGANISATION DE LA THÈSE	17
INTRODUCTION GÉNÉRALE : LE CHANGEMENT DE PRATIQUES NE SE DÉCRÈTE PAS.....	20
PARTIE I : CONTEXTE GÉNÉRAL ET QUESTION DE RECHERCHE	26
I.1 Des pratiques pour favoriser l'autonomie des personnes malades : l'ETP, l'accompagnement et l'apprentissage	27
I.1.1 L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP).....	28
I.1.2 Les programmes d'apprentissage.....	28
I.1.3 L'accompagnement	29
I.1.4 Leurs limites	29
I.1.5 L'accompagnement revisité par la loi de 2016.....	32
I.2 Changement de paradigme : du paternalisme à l'approche centrée sur la personne, un enjeu d'empowerment.....	35
I.3 Les communautés de pratique : un environnement favorable aux apprentissages individuels et organisationnels	38
I.4 Le porteur de projet tiers.....	40
I.5 Question et objectifs de la recherche.....	42
PARTIE II : FONDEMENT DE LA THÈSE ET CONTEXTE DE RECHERCHE : AAS	45
II.1 AAS : une pratique à définir entre besoin de reconnaissance des professionnels, amélioration des pratiques et reconnaissance de la place des personnes accompagnées	46
II.1.1 Cadre de l'expérimentation nationale des dispositifs d'AAS.....	46
II.1.2 L'empowerment des individus est conditionné à 3 ingrédients actifs.....	48
II.2 Terrain de la recherche : le projet ACESO	51
II.2.1 Les partenaires.....	51
II.2.2 Les référents	54
II.2.3 Le porteur de projet	54
II.2.4 Le portage initial du projet	56

II.2.5	Les objectifs du projet ACESO.....	57
II.2.6	L'auto-évaluation du projet ACESO	59
PARTIE III : CADRE DE LA RECHERCHE ET MÉTHODE.....		60
III.1 Le cadre théorique		63
III.1.1	Le constructivisme comme pilier du pôle épistémologique.....	64
III.1.2	Les apprentissages et l'empowerment au cœur du pôle théorique	65
III.2 Méthode		74
III.2.1	Une méthode empruntant à l'ethnographie	74
III.2.2	Une posture émique.....	75
III.2.3	Le processus itératif inhérent à une recherche compréhensive.....	76
III.2.4	La mise en place d'une démarche abductive.....	77
III.2.5	Le recueil des données.....	79
PARTIE IV : RÉSULTATS		91
IV.1 Préambule		92
IV.2 Analyse descriptive du projet		93
IV.2.1	Mise en place du projet ACESO.....	93
IV.2.2	Caractéristiques des groupes de travail.....	94
IV.3 Des effets et mécanismes d'apprentissage du projet à la construction de la théorie de l'intervention du projet ACESO		115
IV.3.1	Article 1 : Effets et quelques mécanismes d'apprentissage interne aux acteurs du projet ACESO.....	116
IV.3.2	Premiers effets pour les personnes accompagnées	135
IV.4 Caractérisation du processus d'animation et des impacts du projet en fonction des organisations.....		147
IV.4.1	Article 2 : Caractérisation du processus d'animation de la structure d'appui	148
IV.4.2	Profondeur du changement selon les organisations partenaires et tentative de compréhension du phénomène.....	178
PARTIE V : DISCUSSION GÉNÉRALE ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE		193
V.1 Originalité de la recherche et intérêt scientifique		195
V.1.1	Une étude approfondie d'un projet.....	195
V.1.2	Une recherche alliant mécanismes et effets	195
V.2 Validité, forces et limites de la recherche		196
V.2.1	La validité et la fiabilité des résultats.....	196
V.2.2	Les forces de la recherche.....	198
V.2.3	Les limites de la recherche.....	201
V.3 De l'empowerment des professionnels à l'empowerment des personnes accompagnées ..		202
V.3.1	Prendre conscience de ses pratiques et de ses représentations	203
V.3.2	Prendre conscience de ses propres vulnérabilités pour repenser les rapports de pouvoir	205
V.3.3	Repérer les conditions de son empowerment : un moyen d'aider les autres à y parvenir ?	207
V.4 L'accompagnement au changement : une nouvelle mission des structures d'appui		211
V.4.1	La communauté de pratique comme moyen d'aider les organisations à devenir apprenantes ?	213
V.4.2	Nouvelle mission de la structure d'appui	215

V.5 L'intégration des effets de halo dans l'impact des actions de santé publique	218
V.6 Perspectives	221
V.6.1 Perspectives pratiques.....	221
V.6.2 Perspectives de recherche.....	222
CONCLUSION	226
FIGURES ET TABLEAUX	228
1. Figures	228
2. Tableaux	228
TABLE DES MATIÈRES	230
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	233
ANNEXES	247
1. Annexe 1 : Extrait du rapport d'auto-évaluation qui renseigne le cadre de l'expérimentation nationale des projets d'AAS	247
2. Annexe 2 : exemple de triangulation des données	287

ABRÉVIATIONS

AAS : Accompagnement à l'Autonomie en Santé.

ACESO : ACcompagnement Évolutif et SOLidaire.

ARS : Agence Régionale de Santé.

Cap santé : Rapport rédigé en 2015 par Christian Saout, Secrétaire général délégué du Collectif interassociatif sur la santé, et Jérôme Voiturier, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, en vue d'établir le cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de LMSS.

CP : Communauté de pratique.

CPO : Communauté de pratique organisationnelle (renvoie à l'ensemble des organisations participant à la CP inter-organisationnelle).

CSP : Code de la Santé Publique.

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient.

HPST : Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, plus connue sous le nom de loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires », abrégée en HPST.

ICA : [Im] patients chroniques et associés.

LMSS : Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé, plus connue sous le nom de loi de « Modernisation de notre Système de Santé », abrégée en LMSS.

Pôle ETP ou (Pôle de Ressources IDF) : Pôle de ressources –île-de- France- en éducation thérapeutique.

GLOSSAIRE

ACESO : ACcompagnement Évolutif et SOLidaire est un des 28 projets pilotes financés dans le cadre de l'article 92 de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) du 26 janvier 2016, qui prévoit à titre expérimental (pour une durée de 5 ans) la mise en œuvre de projets expérimentaux d'accompagnement à l'autonomie en santé au niveau national.

Communauté de pratique : groupe de personnes qui partagent un intérêt commun dans un domaine spécifique, interagissent pour apprendre ensemble et développer leurs compétences et s'engagent dans un processus d'apprentissage mutuel. Les membres d'une communauté de pratique partagent des expériences, des informations, des idées et des ressources dans le but d'améliorer leur pratique commune (Wenger, 1999)(1).

Communauté de pratique interorganisationnelle : CP résultant d'interactions et de collaborations entre plusieurs membres d'organisations différentes (Wenger et al, 2002 1999). Les organisations de la CP sont appelées organisations associées ou organisations hôte associées. Dans notre manuscrit le terme d'organisation partenaire sera aussi utilisé. La CP a la capacité de faire des liens entre des organisations qui sont généralement en concurrence, communiquent peu-entre elles et ont des pratiques en silos (Wenger et Snyder (2000) ; Wenger et al. (2002)) (2,3). La CP renvoie aux participants directs (ici les référents).

Communauté de pratique pilotée : type de CP animée par une personne ou une équipe facilitatrice qui guide les échanges et les activités (crée un environnement propice à l'apprentissage et à l'échange, encourage la participation, facilite les échanges, favorise le partage de ressources et appuie le développement de la réflexivité) (Bootz, 2013).

Empowerment : Ce terme n'a pas de traduction française satisfaisante et peut être traduit par « mise en puissance » ou par l'expression « développement du pouvoir d'agir » (Le Bossé et Vallerie, 2006). C'est un processus et son résultat au cours duquel la personne accompagnée acquiert une plus grande maîtrise sur les décisions et les actions qui concernent sa santé et lui permettent de reprendre le contrôle de son environnement et de sa vie ». Il relève de 3 types : *empowerment* individuel, collectif/communautaire et organisationnel (Ninacs, 2002).

Environnement capacitant : Ce terme désigne un environnement porteur de capacités pour l'individu ou le collectif qui s'y trouve, leur permettant de développer du pouvoir d'agir. Il a été identifié comme un des ingrédients actifs de l'empowerment individuel avec l'*empowerment* collectif et organisationnel (Gross, Gagnayre et Lombrail, 2020). Le concept d'environnement capacitant repose sur l'approche des capacités développée par Amartya Sen. Le pouvoir d'agir dépend à la fois de la capacité d'agir (capacité des personnes) et des ressources disponibles dans l'environnement. Un environnement capacitant met à disposition les ressources nécessaires au pouvoir d'agir et aide les individus à mobiliser ces ressources.

Fonction de tercésation : Ce terme renvoie au déplacement identitaire réalisé par des acteurs par rapport à leur propre compréhension d'une situation. Celui-ci leur permet de progressivement sortir des logiques organisationnelles préexistantes pour faire émerger une innovation institutionnelle (Xhaufclair et Pichault, 2012).

ICA : [Im] patients chroniques et associés était un collectif de 12 associations de malades dont les postes du conseil d'administration étaient majoritairement ou intégralement tenus par des malades. Co-porteur principal du projet ACESO à son lancement, l'association a transmis l'ensemble de la coordination du projet au Pôle ETP.

Pôle ETP ou (Pôle de Ressources IDF) : le Pôle de ressources –île-de- France en éducation thérapeutique du patient est une association loi de 1901 qui vient en support aux pratiques d'ETP notamment autour de la transition hôpital/ville.

Maladie chronique : Actuellement, aucune définition de la maladie chronique et encore moins de la polypathologie chronique (4) ne fait l'unanimité, il n'en reste pas moins qu'elles sont évolutives, souvent associées à des problématiques diverses d'ordre biopsychosocial et peuvent être la cause d'incapacité. Dans le cadre de ce travail de thèse, nous choisissons pour définition celle intégrée dans le plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques car elle permet d'avoir une vision transversale de la maladie chronique et s'inscrit dans l'historique ayant conduit au lancement de l'expérimentation nationale dans laquelle le travail de recherche s'inscrit. La définition de la maladie chronique revêt une importance particulière afin de ne pas la réduire aux affections de longue durée (ALD). Celle-ci y est définie comme : « *une maladie de longue*

durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves » comprenant : « des maladies comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites chroniques, l'asthme, les maladies cardio-vasculaires, le cancer ou le diabète, des maladies lourdement handicapantes, comme la sclérose en plaques ; des maladies rares, comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies ; des maladies transmissibles persistantes, comme le Sida ou l'hépatite C et des troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie, ...), la douleur chronique, ou les conséquences de certains actes chirurgicaux comme les stomies (par exemple, l'ablation d'une grande partie de l'intestin) (5).

Prise en soin : Le soin est à prendre selon une vision de *care*. Il n'existe pas de bonne traduction française du *care*. Le soin a une connotation médicale plus forte que le *care*. La prise en soin des personnes malades chronique est tournée vers une approche biopsychosociale ; cela est d'autant plus nécessaire que les caractéristiques sociales ont un fort impact sur l'état de santé des individus. (Voir soin). Pour cette thèse, nous avons préféré l'usage de prise en soin à celui de prise en charge car la prise en soin met l'accent sur la relation humaine alors que la prise en charge se focalise sur les aspects médicaux et thérapeutiques de la gestion de la maladie. Ainsi, la personne accompagnée n'est pas identifiée comme une charge mais comme un contributeur à part entière de sa prise en soin.

Référent : nom donné à la personne en charge de participer au projet ACESO et de représenter son organisation au sein du projet. Ils sont un ou deux par organisation en fonction du choix de celle-ci. Ce sont les porte-paroles de leur organisation au sein de la CP inter-organisationnelle.

Soin : correspond au « prendre soin », c'est la traduction du *care* ou du *caring*. Il prend en compte la personne dans sa globalité au-delà d'une approche purement biomédicale. Au vu des répercussions de la maladie chronique dans la vie quotidienne des personnes malades, il devient difficile de réduire le soin à sa seule dimension biologique. Dans une acception globale, celui-ci peut être défini comme « *l'ensemble des activités qui permettent à une personne ayant besoin d'aide pour vivre de manière aussi indépendante que possible. Cela implique de pouvoir participer activement à la société et de bénéficier de services qui maximisent la capacité d'une personne à grandir, à apprendre et à jouir de tous les droits de l'homme. Cela inclut, plus précisément, les personnes vivant avec un handicap ou une*

maladie, les personnes âgées et les enfants. Le soin peut être fourni soit de manière "formelle" (professionnelle) soit de manière "informelle" (non rémunérée et/ou sans protection sociale) »¹ (Voir prise en soin).

Structure partenaire et organisation partenaire : nom donné aux organisations qui participent au projet ACESO et qui peuvent être de nature différente (association, living lab, laboratoire de recherche, centre de santé, etc.). Le terme de structure partenaire était celui utilisé au sein du projet par le porteur de projet et les référents, c'est pourquoi c'est ce terme qui se retrouve au sein des verbatims et des articles. Pour le manuscrit de la thèse, nous lui avons préféré le terme d'organisation pour faire la différence avec les structures d'appui et faire le lien avec les notions utilisées d'*empowerment* organisationnel, d'apprentissage organisationnel ou d'organisation apprenante.

Tiers tercésateur : Ce terme désigne un individu ou une organisation qui favorise et organise la réflexivité de tiers, en particulier celle de praticiens.

¹ Traduction libre de la définition de care proposé par EuroHealthNet : « *the full range of activities that enable a person in need of support to live as independently as possible. This involves being able to actively participate in society and benefit from services that maximise a person's ability to grow, learn, and enjoy all human rights. Specifically, this includes people living with disabilities and illness, older adults and children. Care can be provided either 'formally' (professionally) or 'informally' (unpaid and/or without social protection).* » (6,7).

ORGANISATION DE LA THÈSE

Introduction générale

L'introduction générale met en avant que les personnes accompagnées revendiquent une prise en soin qui prend en compte leur autonomie. Plusieurs réformes ont été mises en place mais en pratique la prise en soin des personnes change peu. Ce constat rappelle que le changement ne se décrète pas et nécessite notamment une formation des différents accompagnants et un environnement qui s'y prête.

Partie 1 : Contexte général et question de recherche

La première partie est l'occasion de rappeler que plusieurs pratiques sont proposées dans notre pays pour aider les personnes accompagnées à développer leur autonomie : l'ETP, l'AAS et l'apprentissage. Mais ces pratiques présentent des limites et ne visent pas toutes le développement de l'*empowerment* des personnes accompagnées. Ce chapitre met en avant le besoin de formation et d'*empowerment* des accompagnants et de leur organisation. La communauté de pratique est identifiée comme un moyen de les former et de les aider à développer leur *empowerment* au service de celui des personnes accompagnées.

La question de recherche est la suivante :

Comment des acteurs, accompagnants salariés ou bénévoles, développent-ils collectivement, via une intervention médiée par un tiers, leur pouvoir d'agir (*empowerment*) et leur coopération jusqu'à éventuellement conduire une démarche de changement au profit de l'*empowerment* des personnes accompagnées ?

Partie 2 : Fondement de la thèse et contexte de recherche

La seconde partie présente le cadre de l'évaluation nationale de l'expérimentation autour de l'Accompagnement à l'Autonomie en Santé (article 92 de la loi de modernisation du système de santé) et le projet ACESO qui en fait partie. C'est ce projet qui est le terrain de recherche de la thèse.

Partie 3 : Cadre de la recherche et méthode

La troisième partie expose le cadre institutionnel de la thèse (une bourse CIFRE) et décrit son cadre conceptuel (constructiviste) et sa méthodologie (abductive).

Partie 4 : Résultats

La quatrième partie présente les résultats de la recherche. Elle commence par une analyse descriptive du projet ACESO. Elle se poursuit par une analyse compréhensive des effets du projet sur les membres de la communauté de pratique et sur leur organisation, qui sera l'occasion de présenter le premier article intitulé « Améliorer les pratiques d'accompagnement à l'autonomie en santé : effets d'un dispositif d'apprentissage coopératif » et sera complétée par la mention de premiers effets pour les personnes accompagnées. Elle se termine par une analyse compréhensive du rôle du porteur de projet, qui sera présenté dans le second article intitulé : « L'animation d'une communauté de pratique inter-organisationnelle : une condition d'amélioration des pratiques professionnelles dans les champs sanitaire et social ». Cet article sera complété l'exposé de différents niveaux de changement au sein des organisations partenaires du projet. Cette partie aboutit à la construction de la théorie d'intervention mise en œuvre au sein de la communauté de pratique.

Partie 5 : Discussion

La cinquième partie propose une discussion de ces résultats. Les deux premiers chapitres porteront sur l'originalité et la validité de la recherche. Les trois chapitres suivants seront consacrés à discuter 1) des liens entre l'*empowerment* des professionnels et ceux des personnes accompagnées 2) du rôle des structure d'appui dans la mise en place du changement et 3) de l'importance de la prise des effets de halo en santé publique. Enfin dans le dernier chapitre, il sera exposé les perspectives pratiques et de la recherche. Plusieurs perspectives pratiques se dégagent : l'utilisation des ingrédients actifs de l'AAS comme grille de maturité de ses pratiques ; la nécessité de former les structures d'appui à leur rôle de tiers tercéisateur et la réflexion autour de la place du chercheur dans la démarche d'accompagnement du changement. Nous y exposerons aussi trois perspectives de recherche : la détermination des effets du projet sur les personnes accompagnées et leur autonomie ; l'évolution de la communauté de pratique et du rôle du porteur de projet et la caractérisation de l'apprentissage transformationnel organisationnel.

Conclusion

La conclusion sera l'occasion de mettre en avant les résultats principaux de notre recherche, particulièrement l'importance pour les professionnels de disposer d'espaces de

réflexivité pour améliorer les pratiques et le rôle de la CP comme moyen d'*empowerment* des professionnels au profit des personnes accompagnées.

**INTRODUCTION GÉNÉRALE : LE
CHANGEMENT DE PRATIQUES NE SE
DÉCRÈTE PAS**

Les personnes accompagnées aspirent à un maintien de leur autonomie malgré les limitations que peut entraîner la vie avec une maladie. Les rapports de force entre les personnes accompagnées et les professionnels tendent à se transformer (8) : d'assujetties aux soins, les personnes en deviennent des partenaires. Ce renversement des logiques est plurifactoriel. Il est soutenu par les revendications des personnes malades tant individuellement que collectivement, quant à la reconnaissance de leur savoir expérientiel et de leur participation dans leur soin. Ces revendications sont portées par les associations de patients. Un autre facteur de ce renversement des logiques est la reconnaissance de la démocratie sanitaire par la législation. Cette dernière promeut la participation de tous les usagers dans les politiques de santé, dont celle des personnes accompagnées. Enfin le dernier facteur identifié est la reconnaissance par les professionnels de l'importance de la participation des personnes accompagnées. Il en résulte une nécessité d'adaptation des pratiques (cliniques et organisationnelles). Pourtant ces changements ne vont pas de soi et un appui des professionnels s'avère indispensable pour qu'ils soient capables d'accompagner à l'autonomie en santé.

Cette partie s'articulera autour de deux grands axes :

- Les revendications des personnes accompagnées et les lois de santé publique mises en place pour y répondre.
- Le besoin d'appui aux transformations des pratiques.

1) **Demandes d'évolution des pratiques de santé par les personnes concernées pour les aider au maintien ou au développement de leur autonomie**

Le champ sanitaire et médico-social est confronté à de nombreux bouleversements, depuis une trentaine d'années notamment du fait de la recrudescence des maladies chroniques et de l'augmentation du nombre de personnes vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques (9). De même, les inégalités sociales de santé restent fortes voire s'accroissent (10). Les maladies chroniques entraînent des répercussions dans la vie quotidienne des personnes qui les subissent, tant au niveau personnel, familial et social que professionnel (11,12). De plus, celles-ci doivent en permanence s'adapter pour faire face aux évolutions de leur état de santé et de leurs différents besoins (de nature et intensité variables en fonction des différents contextes biopsychosociaux) ce qui nécessite une adaptation continue de leurs accompagnements pour une prise en compte de la manière dont elles vivent et ressentent les traitements (9) et les accompagnements eux-mêmes. Les limitations

qu'engendrent la maladie génèrent en retour de la part des personnes accompagnées un souhait de maintien de leur autonomie qui suppose l'*empowerment*.

L'apparition d'une de ces limitations crée un déséquilibre dans la vie de la personne accompagnée qui demande d'apprendre une nouvelle manière de faire ou d'être. Les personnes accompagnées sont souvent en demande d'accompagnements qui les aident à être les plus autonomes possible que ce soit dans la gestion de leur maladie ou de leur parcours de vie (8). Si elles en expriment le besoin, il est en ce cas nécessaire de leur apporter le soutien dont elles ont besoin pour développer les compétences qui leur permettront de faire leurs propres choix, voire de développer une forme d'engagement si elles le souhaitent, soit pour elles-mêmes, soit pour autrui. L'engagement dont il est question dans ce dernier cas renvoie à la mobilisation de leurs savoirs expérientiels non plus seulement pour elles-mêmes, mais pour la collectivité (pour leurs pairs, l'amélioration du système de santé). Mise en mouvement que les professionnels de santé peuvent accompagner.

Dans tous les cas, l'accompagnement des personnes concernées semble être indissociable de l'intention de développer leurs compétences ou de faire en sorte qu'elles soient reconnues, y compris par elles-mêmes. En effet, du fait de vivre avec une de ces limitations, les personnes accompagnées développent de nouveaux savoirs dits « expérientiels » (13) qui se rapportent à : « ce qui fonctionne et ne fonctionne pas pour chaque individu » (14). Ces savoirs expérientiels sont indispensables pour penser le parcours de soin des personnes concernées et l'ensemble des accompagnements dont elles bénéficient. Il est donc indispensable de les reconnaître et de les valoriser.

La participation des personnes concernées, tant à leur propre accompagnement qu'à un niveau plus collectif, fait l'objet d'un intérêt croissant. Cela se remarque en France (et dans le monde) notamment dans les politiques publiques de santé et plus spécifiquement dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient (14). Cet engouement pour la participation des personnes concernées se retrouve dans le champ du handicap et du travail social (15). Ce qui s'est notamment traduit par des lois et des réformes récentes. Si l'accompagnement se pratique dans différents champs, notre recherche se porte uniquement sur l'AAS dans le champ de la santé. En effet, notre terrain de recherche était composé uniquement d'organisations ayant des pratiques d'AAS pour des personnes vivant avec une maladie chronique.

Dans le champ de la santé, les associations de malades jouent un rôle central dans le processus de soutien des personnes malades et dans la reconnaissance de leurs droits (14). Elles soutiennent en particulier leur droit à participer aux décisions qui les concernent et promeuvent l'importance de leur participation aux instances de santé. Cette reconnaissance de la participation des personnes malades chroniques est intégrée dans la loi, notamment à la faveur d'un fort militantisme associatif. C'est en effet sous l'impulsion des associations de malades qu'en 2002 la loi Kouchner (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) a posé les fondements de la démocratie sanitaire.

Les politiques publiques ont mis dès lors progressivement en place des actions afin de développer la participation des usagers. Si les réformes de santé ont été longtemps très axées sur l'hôpital, les plus récentes se préoccupent aussi de la médecine de ville, de la prévention et de la réduction des inégalités sociales de santé. En témoigne le plan 2007-2011 pour « l'amélioration de la qualité de vie des personnes malades chroniques ». Celui-ci comprend 15 mesures regroupées autour de 4 axes. L'axe 1 vise une meilleure connaissance de sa maladie par la personne concernée, pour mieux la gérer. Il s'appuie pour y parvenir sur les nouvelles technologies et sur la création de portails d'information. L'axe 2 se centre sur l'élargissement de la médecine de soins à la prévention et à l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). L'axe 3 a pour objectif de faciliter la vie quotidienne des personnes malades en intégrant l'accompagnement dans le parcours de santé. Enfin, l'axe 4 se rapporte à la meilleure connaissance des besoins des personnes malades en renforçant le recueil de données épidémiologiques et la construction de connaissances sur la vie avec la maladie.

La loi HPST s'inscrit dans la continuité du plan de 2007-2011 et de ce rapport. Elle précise les 3 grands types de programmes dont les personnes malades chroniques peuvent bénéficier dans leur parcours de soins et les intègre dans le Code de la santé publique (Articles L1161-1 à L1161-6) (16). Il s'agit de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), des programmes d'apprentissage (centrés sur les gestes techniques) et de l'accompagnement.

La loi de Modernisation du Système de Santé (LMSS) de 2016 est venue renforcer le rôle de l'accompagnement dans la prise en soin des personnes malades pour favoriser le développement de l'autonomie des personnes malades ainsi que leur participation aux décisions qui les concernent. L'article 92 intègre ainsi une « Expérimentation autour de

l'Accompagnement à l'Autonomie en Santé (AAS) » pour mieux définir les pratiques d'AAS.

L'ensemble de ce mouvement vise à donner une place plus importante aux usagers du système de santé. (14,17).

Les réformes qui suivent ne font que renforcer ces grandes orientations. La stratégie « Ma Santé 2022 » renforce la logique de parcours de la personne accompagnée pour favoriser la coordination entre les professionnels de santé et le décloisonnement des pratiques pour que la coordination ne repose pas uniquement sur la personne malade. De plus, « Ma Santé 2022 » repositionne la personne malade au centre de sa prise en soin et comme un acteur à part entière de celle-ci.

Ces évolutions bouleversent la vision et la visée du soin qui n'a plus comme unique objectif de guérir la personne mais de l'aider à développer son autonomie. Le soin revêt une dimension sociale et politique et vise le développement du pouvoir d'agir des concernés (9).

2) Des évolutions politiques dont les impacts se font attendre

Pour donner corps à ces transformations, le système de santé devrait proposer des alternatives de prise en soin et évoluer. Mais si toutes les réformes poussent le système de santé à évoluer vers une logique de parcours de la personne accompagnée qui intègre sa participation et facilite son autonomie, dans les faits les pratiques restent en silo et le parcours des personnes accompagnées manque de fluidité (18). Quant à la participation et l'autonomie, elles ne sont souvent que de principe (18). Il existe en effet un écart entre ce que les acteurs de terrain du sanitaire et du social prétendent faire et les pratiques réelles (19). Plusieurs raisons ont été identifiées. Au Québec, des contraintes d'ordre politique, organisationnel et professionnel ont été identifiées comme bloquant la transformation du système de santé (14,20). La France est confrontée aux mêmes limites et doit faire face à de nouveaux enjeux tels que la crise organisationnelle et énergétique, la transition numérique et écologique et la soutenabilité financière (21). Les institutions sont dans une demande d'efficacité (logique de court terme et de visibilité des actions) (19) et la rémunération des professionnels (voire de certains professionnels via la tarification à l'acte) se fait en fonction d'indicateurs quantifiables et non qualitatifs. Enfin les logiques professionnelles peuvent bloquer la participation. La posture du professionnel expert domine encore le monde du

social (19). Dans le sanitaire, les rapports de domination entre professionnels et patients sont encore très présents et la culture du *cure* est encore dominante (20,22). Il en résulte que les personnes malades chroniques sont encore trop soumises à l'autorité des professionnels. Il semble alors d'autant plus nécessaire d'amorcer un travail de rencontre et d'échange pour favoriser la reconnaissance des compétences professionnelles mais aussi expérientielles de l'ensemble des acteurs de santé (acteurs du sanitaire, du social ; les personnes malades et vivant avec un handicap) passant aussi par le développement d'une culture commune pour favoriser le changement (14,19). Face à des freins pluriels, cela semble une première piste d'action mais insuffisante à elle seule pour transformer des pratiques ancrées de manière structurelle. Or, cette transformation est d'autant plus importante que son absence est génératrice de tensions pour les professionnels qui ne retrouvent pas dans leur pratique, les valeurs pour lesquelles ils s'étaient engagés (19).

Dans ce contexte, comment aider les professionnels et les personnes malades à travailler ensemble et réduire les rapports de pouvoir ? Comment faire en sorte de transformer les organisations pour favoriser la participation et l'*empowerment* des personnes accompagnées ?

**PARTIE I : CONTEXTE GÉNÉRAL ET QUESTION
DE RECHERCHE**

Face à ce changement de paradigme, il est nécessaire que le système de santé et les pratiques se transforment. Pour cela, les pratiques qui favorisent le développement de l'*empowerment* doivent être soutenues ce qui suppose un effort de formation conséquent.

Cette partie comprend cinq sous-parties :

- La première décrit les différentes pratiques qui existent pour aider au développement de l'*empowerment* des personnes accompagnées mais aussi leurs limites et leur besoin d'évolution ;
- La seconde précise le besoin de formation des professionnels de l'accompagnement pour développer les compétences nécessaires au développement de l'*empowerment* des personnes accompagnées. Changer les pratiques passe par le développement de leur propre *empowerment* ;
- La troisième évoque l'intérêt des communautés de pratique dans les apprentissages tant individuels des accompagnants que ceux des organisations ;
- La quatrième souligne le besoin d'un tiers à cette communauté de pratique pour en garantir l'animation et le pilotage ;
- La cinquième présente la question de recherche qui oriente la thèse.

I.1 Des pratiques pour favoriser l'autonomie des personnes malades : l'ETP, l'accompagnement et l'apprentissage

Dans leur rapport « Pour une Politique Nationale d'Education Thérapeutique du Patient », de 2008, Christian Saout, Président du Collectif inter-associatif sur la santé, le Professeur Bernard Charbonnel, Chef de la Clinique d'Endocrinologie de l'Hôtel-Dieu à Nantes et Dominique Bertrand, chef du service de santé publique, de l'Hôpital Fernand Widal, ont identifié l'ETP et l'accompagnement comme une des réponses possibles pour faire face à l'« *augmentation de la prévalence des maladies chroniques dans les années à venir, avec d'inévitables conséquences sur l'organisation du système de santé* » ce qui « *doit inciter les pouvoirs publics à anticiper les réponses.* » (23). Les auteurs ont posé les bases de la définition de l'ETP et de l'accompagnement et ont précisé la distinction entre ces deux processus : « *L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'évènements majeurs de la prise en charge*

(initiation du traitement, modification du traitement, événements intercurrents, etc.) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui. Ainsi, l'éducation thérapeutique « stricto sensu » se distingue de l'accompagnement du malade, défini comme un processus externe veillant à soutenir le patient et son entourage, y compris dans le cas d'un accompagnement pour une bonne observance des traitements. » (23).

Différentes modalités d'apprentissage ont été conçues telles que l'éducation thérapeutique, les programmes d'apprentissage ou l'accompagnement (9,24).

I.1.1 L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

L'ETP est définie par les articles L1161-1 et L1161-2 du Code de la Santé Publique (CSP). Elle est mise en œuvre sous forme de programmes qui *« visent à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique »*. Elle fait partie de la prise en soin du patient de façon intégrée et permanente mais n'est pas opposable et ne peut conditionner le remboursement des médicaments ou de la prise en soin de la personne malade (27-28). *« Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie »*. De plus, il est fait une distinction entre les actions d'information orales ou écrites et de prévention, qui peuvent être délivrées par un professionnel, et les programmes d'éducation thérapeutique (27). Ses modalités d'action et de financement y ont aussi été décrites. Sa mise en œuvre se déroule en 4 étapes : 1) élaborer un diagnostic éducatif ; 2) définir un programme personnalisé d'ETP en fonction des besoins identifiés lors du diagnostic éducatif ; 3) planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelles ou/et collectives ; 4) évaluer les compétences acquises et les besoins éducatifs restants (27).

I.1.2 Les programmes d'apprentissage

Les programmes d'apprentissage visent à aider à l'appropriation de gestes techniques par les patients (Article L1161-5 du CSP). Ils permettent une meilleure utilisation d'un

médicament, d'un dispositif ou d'un appareillage par l'apprentissage des gestes techniques. Leur mise en place peut faire suite à la demande de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ou de la Commission européenne (Article R1161-8 du CSP) (28). Ils sont mis en œuvre par des professionnels de santé qui peuvent intervenir pour le compte d'une organisation en charge de l'exploitation d'un médicament (même si l'organisation ne doit pas entrer en contact direct avec le patient ou sa famille). Ses conditions d'autorisation sont décrites dans les articles R1161-8 à R1161-11 (29). Si les dispositifs d'ETP et d'apprentissage ont été spécifiés ainsi que leurs modalités d'action et de financement, il n'en est pas de même pour les dispositifs d'accompagnement.

I.1.3 L'accompagnement

L'accompagnement est intégré dans l'article Article L1161-3 du CSP comme un soutien aux personnes malades et à leurs proches pour les aider dans la gestion de la maladie au quotidien. Il peut être dispensé par des professionnels de santé (dans la continuité des pratiques d'ETP) ou les associations de patients mais, comme l'ETP, il ne peut être dispensé par une organisation en lien avec l'exploitation des médicaments ou leur mise sur le marché (Article L1161-4 du CSP). Dans la pratique, ce sont surtout les associations de patients qui s'emparent de l'accompagnement. Contrairement à l'ETP, aucune modalité d'action ou de financement n'est prévue pour les programmes d'accompagnement. Dans ce contexte, les actions d'accompagnement peuvent prendre de très nombreuses formes : groupe de parole, pair-aidance, information, orientation, colloques, permanences téléphoniques, etc.

I.1.4 Leurs limites

L'ETP en France reste très médico et hospitalo-centrée. Les programmes d'ETP, malgré un cadre défini dans la loi, sont très hétérogènes. L'hétérogénéité se situe à la fois dans le contenu des programmes mais aussi dans leurs modalités de mise en œuvre (30). Ils dépendent des pathologies visées et des acteurs qui les mettent en place. Actuellement, certaines pathologies font l'objet de nombreux programmes d'ETP (diabète de type I et II, maladies cardiovasculaires et respiratoires) alors qu'ils émergent péniblement dans d'autres situations. De plus, l'articulation entre les stratégies thérapeutiques et la personnalisation des soins reste compliquée. Or, l'éducation permet idéalement de la penser. Pour autant, l'ETP n'est proposée actuellement que sous forme d'une formation ponctuelle et la continuité

éducative n'est que trop peu assurée (30). L'éducation thérapeutique s'arrête trop souvent à l'éducation à la thérapeutique en se confondant avec des objectifs d'observance (23) et ne s'inscrit pas suffisamment dans une logique de parcours et de vie avec la maladie.

À cela s'ajoutent des difficultés d'accès aux programmes. Ces difficultés sont doubles : d'ordre physique (espace-lieu et espace-temps difficilement conciliables avec la vie active) et d'ordre de la littératie ou de la numératie (difficultés d'écriture ou de lecture pour l'un et difficultés de calcul ou de résolution de problèmes pour l'autre) (30). Cette double difficulté peut produire des inégalités dans les soins car ce sont souvent les personnes avec le niveau de littératie le plus élevé qui ont en pratique accès aux pratiques d'ETP. Dans ce contexte, l'ETP ne semble pas pouvoir être dissociée d'un accompagnement plus large de la personne et il semble nécessaire de diversifier des modalités éducatives.

Les programmes d'apprentissage, visent exclusivement l'apprentissage de gestes techniques sur un mode behavioriste. Ils favorisent l'observance thérapeutique mais l'observance thérapeutique n'est pas à elle seule suffisante pour garantir le bien-être des personnes malades. Les dimensions techniques du soin ne se montrent pas suffisantes pour répondre aux besoins des personnes malades ni pour les aider à développer leur pouvoir d'agir individuel et collectif. En fait, pour cela, il faut un accompagnement dans la durée qui prenne en compte les dimensions psychosociales.

La définition de l'accompagnement a conduit à une confusion avec l'ETP. L'absence de précisions sur les propositions d'accompagnement induit une grande hétérogénéité des pratiques et une utilisation très large de ce concept. Ayant émergé dans les années 1970 avec la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées (31,32), l'accompagnement a pris son essor sous l'impulsion des mouvements d'associations d'usagers (dans les champs de la fin de vie comme Jusqu'À La Mort Accompagner la Vie, JALMAV), de l'inclusion sociale dans le cadre de MAIS (Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale), puis de la psychiatrie ou du VIH (31). Très rapidement la notion a été mobilisée hors du médico-social et du champ médical et a été largement diffusée dans d'autres champs comme l'emploi, la famille ou la jeunesse. Depuis les années 2000, la notion d'accompagnement est mobilisée de manière généralisée dans l'action sociale. Elle entre dans la loi en janvier 2002 (loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale) et sera mobilisée dans une majorité des lois qui

lui succèderont (par exemple : loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale ; loi n° 2005-102 de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ; loi n° 2007-308 de 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs ; loi n° 2008-1249 de 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion) (33).

Dans cette « nébuleuse de l'accompagnement » (Paul, 2021), on peut distinguer deux types de catégorisation : celle plus générale qui ne spécifie ni son objectif ni son contenu précis et celle qui le spécifie en ajoutant un degré supplémentaire (par exemple : accompagnement individualisé, renforcé, etc.) ou en ciblant le domaine (par exemple : accompagnement social, éducatif, professionnel) (31,33,34). Maela Paul propose des pistes de clarification au regard d'autres concepts tels que le tutorat, le coaching, le mentoring, etc (cf : tableau 1) (34–36). Les pouvoirs publics avaient conscience de la nécessité de sortir de cette situation tout en restant d'une grande prudence. C'est l'objet d'un des articles de la LMSS.

Tableau 1: La nébuleuse de l'accompagnement (tableau issu des travaux de Maela Paul)

Intitulés	Termes associés
Coaching	Entraîner, conduire
Compagnonnage	Enracinement et itinéraire, qualités techniques et humaines, former, transmettre, accompagner ...
Counselling, conseil, consultance	Conseiller, délibérer, assister, guider, orienter, soutenir ... Sagesse, prudence, habileté, résolution, plan, dessin, projet
Mentoring (préceptorat)	Guider, conseiller, éduquer, enseigner, instruire, apprendre à vivre ...
Parrainage	Accueillir, admettre, introduire, veiller sur ...
Sponsoring	Soutenir, répondre de ...
Tutorat (monitorat), tutelle	Soutenir, surveiller, assister

I.1.5 L'accompagnement revisité par la loi de 2016

En pratique, « *si les termes d'éducation des patients, d'accompagnement des malades chroniques, émergent sur le terrain des soins depuis les années 1970 mais surtout depuis la fin des années 1990, leur traduction dans un espace professionnel reconnu reste marginale. L'évolution des fiches de poste témoigne de leur faible incidence sur le travail professionnel* » (Rothier Bautzer, 2017) (37).

De plus, le flou autour des pratiques conduit à une grande hétérogénéité de celles-ci qui se répercute dans les parcours de personnes malades chroniques. Toutes les pratiques ne visent pas le développement de l'autonomie des personnes.

En vue de clarifier la notion d'accompagnement et dans l'hypothèse de la création d'un droit à l'accompagnement, le Ministère chargé de la Santé a demandé à Christian Saout, alors Secrétaire général délégué du Collectif interassociatif sur la santé, d'élaborer des propositions de cahier des charges pour encadrer une expérimentation nationale (article 92 de la LMSS). Le rapport comprend deux parties, l'une présentant les éléments conceptuels

et les dispositifs d'accompagnement existants (situant la place et l'importance de l'expérimentation à venir) et l'autre évoquant les recommandations pour la conduite des expérimentations et la rédaction du cahier des charges. Christian Saout a choisi de clarifier le concept d'accompagnement en lui assignant comme objectif celui de l'autonomie. Ainsi, pour le recentrer sur la visée d'autonomisation des personnes malades, la notion d'accompagnement (le processus) a été mise en lien avec sa finalité, « l'autonomie », ce qui conduit à la préciser sous le vocable d'« Accompagnement à l'Autonomie en Santé » (AAS) (31). En toute cohérence avec cette orientation, le rapport indique que : « *l'accompagnement à l'autonomie en santé met en œuvre des actions d'information, d'éducation, de conseil et de soutien destinées à toute personne, ou à son entourage, éprouvant une vulnérabilité en santé, dans une visée de renforcement de ses capacités à opérer ses propres choix pour la préservation ou l'amélioration de sa santé* » (31).

De plus, dans ce rapport, il était proposé de prendre la notion d'autonomie au sens d'*empowerment*. L'accompagnement n'est pas la seule pratique de soin à considérer l'autonomie comme de l'*empowerment*. Ainsi, de manière plus générale, il est considéré que les soins ont pour objectif de développer l'*empowerment* des personnes malades. Cette assimilation de l'autonomie à l'*empowerment* est suggérée par la traduction d'*empowerment* en autonomisation (38) et la proximité des deux définitions qui s'appuient sur une logique d'auto-émancipation. Il existe cependant une différence entre les deux puisque : l'*empowerment* est la « *capacité d'affranchissement, de mobilisation, d'initiative et de contrôle, par appropriation ou (ré)appropriation d'un pouvoir sur la réalité quotidienne* » (Rappaport en 1987 et Shor en 1992 cités par Maury et Hedjerassi, 2020) alors que l'autonomie est la « *capacité à se déterminer par soi-même (auto), à agir en conformité avec sa propre loi (nomos), sans être guidé par un autre* » (Kant cité par Maury et Hedjerassi, 2020) (38).

Ainsi l'*empowerment* est à la fois le processus et le résultat durant lequel des individus ou des collectifs développent leur pouvoir, la confiance en soi et les ressources nécessaires pour prendre les décisions. Il s'agit d'un processus qui conduit les individus à développer leur pouvoir de se réaliser, leur capacité d'influer sur leur situation et plus largement de participer à la société. Concernant les personnes malades, il s'agit qu'elles reprennent du pouvoir sur le cours de leur vie, qu'elles soient en mesure de faire leurs propres choix, de décider par elles-mêmes. L'autonomie est la capacité d'un individu ou d'un collectif à prendre des décisions, à agir et à exercer un contrôle sur sa propre vie

indépendamment de toute influence non désirée et non assumée. C'est une liberté de choix, de pensée et de responsabilisation autour de ses décisions. L'*empowerment* peut être vu comme un élément essentiel pour créer les conditions de l'autonomie en fournissant les ressources et le soutien nécessaires aux individus pour renforcer leur capacité ou celle des collectifs à faire leurs propres choix et à développer leur confiance en eux. L'autonomie, elle, correspond à un élément constitutif essentiel de la liberté individuelle et de la dignité humaine. Elle reconnaît le droit des individus à prendre les décisions et à agir en fonction de leurs objectifs personnels en lien avec leurs valeurs tant que ceux-ci ne portent pas atteinte aux droits des autres.

Le rapport puis la LMSS conduisent à se concentrer sur le renforcement des capacités de prise de décision et d'action des personnes accompagnées, identifié comme peu développé en France, soit l'*empowerment*, dans la mise en place et l'évaluation des projets d'AAS. L'*empowerment* a ainsi été assimilé à l'autonomie dans le cadre des pratiques d'AAS.

I.2 Changement de paradigme : du paternalisme à l'approche centrée sur la personne, un enjeu d'empowerment

Le modèle d'accompagnement constitue un changement de paradigme majeur de la délivrance des soins (9) dans la mesure où il s'oppose au modèle paternaliste, dit aussi « interventionniste », dans lequel la personne malade est uniquement usagère des soins (39). Les logiques paternalistes tendent à s'effacer au profit de modèles qui donnent une place d'acteur et de partenaire à la personne malade. C'est le cas par exemple, de l'approche centrée sur la personne qui a été développée par Carl Rogers, selon le courant de la psychologie humaniste, dans les années 1940 puis repris dans les années 1970 (40). Cette approche a la particularité d'avoir pour visée le développement de la personne, valorisant pour ce faire des rencontres de soins congruentes et authentiques. De plus, toujours selon cette approche, une importance particulière est donnée aux conditions de l'environnement. En effet Carl Rogers, qui s'est appuyé sur ses observations du monde végétal, a remarqué qu'un végétal (dans le cas de son observation, une pomme de terre) nécessite un environnement adéquat pour se développer, sinon celui-ci va se développer quand-même, mais avec des fragilités. Dans un de ses ouvrages, Carl Rogers cite Lao Tseu (1980) : « *quand j'arrête de me mêler de leurs affaires, les gens prennent soin d'eux-mêmes. Quand j'arrête de leur donner des ordres, les gens se comportent bien. Quand j'arrête de leur faire un sermon, les gens s'améliorent. Quand j'arrête de m'imposer, les gens viennent d'eux-mêmes* » (40,41). Cette philosophie met en valeur l'importance pour le professionnel de santé de changer de posture dans une approche centrée sur la personne et en particulier souligne l'échec des postures directives, au profit de celles respectant l'autonomie des personnes.

Cette approche nécessite une adaptation des pratiques. Celle-ci a été déclinée dans les pratiques de soin notamment dans le champ de l'éducation thérapeutique où il a été admis que les professionnels de la santé doivent atteindre six objectifs (42) :

- 1) Exploration de l'expérience vécue par la personne malade pour identifier ses représentations, ses besoins et ses préférences ;
- 2) Compréhension biopsychosociale de la personne malade en tenant compte de son histoire et de son contexte de vie ;
- 3) Construction d'une compréhension commune entre le professionnel et la personne malade et partage de la décision, des difficultés et des solutions ;
- 4) Construction d'une relation propice à une alliance thérapeutique ;

- 5) Valorisation de la prévention et de la promotion de la santé ;
- 6) Réflexivité de la part du professionnel quant à sa pratique et gestion réaliste du temps et des priorités.

Il est nécessaire que les professionnels soient formés aux compétences nécessaires pour atteindre ces six objectifs. Au centre de cette approche se situe la personne et le développement de son pouvoir d'agir (*empowerment*). L'*empowerment* prend une place centrale dans les objectifs de prise en soin mais là encore, il est nécessaire d'aider les professionnels dans leur compréhension du concept et dans sa mise en œuvre.

En effet, l'*empowerment* articule deux dimensions, celle du pouvoir, qui constitue la racine du mot, et celle du processus (d'apprentissage) pour y accéder. Il peut désigner autant un état (être *empowered*) qu'un processus, cet état et ce processus étant à la fois individuel, collectif et social ou politique, même si, selon les usages de la notion, l'accent est mis sur l'une de ces dimensions ou au contraire sur leur articulation » (Bacqué et Biewener, 2013) (43). Ainsi, il est nécessaire que les professionnels comprennent l'importance de ces deux aspects de l'*empowerment* pour aider les personnes accompagnées autant dans le processus d'apprentissage que dans une visée de résultat.

De plus, l'*empowerment* est un concept flou et polysémique. Trois modèles d'*empowerment* peuvent être schématisés : le modèle radical, le modèle libéral ou sociolibéral et le modèle néolibéral (43). Dans le cadre du modèle radical, les enjeux de l'*empowerment* sont à la fois d'ordre individuel et collectif avec pour ambition de déboucher sur une transformation sociale. Dans le cadre du modèle sociolibéral, on considère que l'individu a la capacité de faire des choix mais que ceux-ci dépendent des conditions socioéconomiques et politiques dans lesquelles s'exerce ce pouvoir, l'État jouant un rôle dans la lutte contre les inégalités sociales. Dans le modèle néolibéral, l'*empowerment* est vu comme une capacité rationnelle de l'individu. Les notions d'émancipation et de justice sociale n'y ont pas de place. C'est une vision plus injonctive de l'*empowerment* qui implique une responsabilisation importante de l'individu.

En fonction des différents modèles, les objectifs de l'*empowerment* varient : le modèle radical vise l'émancipation des personnes et invite à repenser les rapports de domination ; le modèle sociolibéral repose sur la capacité d'agir des personnes, enfin le

modèle néolibéral repose sur une responsabilisation des personnes au risque de leur sur-responsabilisation. Dans la logique d'approche centrée sur la personne, qui invite à penser les rapports interactionnels, il devrait s'agir de ne pas faire porter le développement de leur pouvoir d'agir aux personnes. Ainsi le modèle socio-libéral proposé par Marie-Hélène Bacqué et Carole Biewener, qui comprend des dimensions individuelles, collectives et sociales ou politiques, semble particulièrement intéressant car il peut éviter l'écueil de tomber dans la sur-responsabilisation des individus, tout en reconnaissant l'importance de leur rôle, leur agentivité. Selon ce modèle, l'*empowerment* individuel est indissociable des conditions institutionnelles et collectives dans lesquelles il s'exerce. « *L'empowerment permet de qualifier un ensemble de pratiques caractérisées par la recherche d'un processus d'autonomisation des usagers et une transformation des relations entre ces derniers et les professionnels* » (Bacqué et Biewener, 2013) (43). Cette vision de l'*empowerment* dans ces différentes dimensions est importante à mettre en avant auprès des professionnels pour qu'ils ne fassent pas reposer le développement de leur *empowerment* sur les seules personnes accompagnées mais identifient bien l'ensemble des conditions nécessaires au développement de leur pouvoir d'agir.

Si l'*empowerment* des personnes devient la finalité de la prise en soin et des accompagnements, voire la dimension éthique de ceux-ci (9), cela suppose une prise en compte de ces différentes composantes et de réfléchir aux conditions de leur mise en place. Cela est d'autant plus vrai qu'en pratique, les personnes concernées restent trop peu impliquées dans les décisions qui les concernent et dans les instances décisionnelles, et leur participation peut même être instrumentalisée dans certains cas (18). Pour éviter ce genre de dérive, la Haute Autorité de Santé a rédigé des guides de bonnes pratiques pour favoriser le partenariat patient et éviter les participations dites « alibis » (44).

La société et les lois évoluent cependant plus vite que les pratiques des professionnels. Les professionnels sont en particulier peu ou pas formés aux compétences nécessaires à la coopération (45) et éprouvent des difficultés à la mettre en œuvre. Cela est encore plus vrai s'agissant de la coopération avec les personnes concernées par la maladie ou leurs aidants.

De plus, les compétences d'ordre relationnel sont très peu appréhendées. Si de grandes injonctions sont prononcées, aucune réflexion ni modalité pratique sur ce qu'elles impliquent ne sont proposées et les formations professionnelles échouent à former les professionnels à ce type de compétence (19,46,47). De plus, il est contradictoire de leur

demander de se centrer sur la personne tout en répondant à des attendus d'efficacité technico-économique (45). Et comme les pratiques de soins situées dans le « prendre soin » sont les plus dévalorisées, sont privilégiés les attendus d'un autre ordre (45). De même, la contrainte contemporaine d'efficacité fait qu'il est demandé aux professionnels d'agir dans une logique de court terme avec une forte visibilité des actions alors que l'éthique de ces professions suppose de penser leurs pratiques dans la durée et au rythme des ressources et temporalités de chacun (19). Enfin, l'*empowerment* comme éthique de la prise en soin « *relève d'une démarche continue d'apprentissage des acteurs. Ces derniers doivent se rendre capables de développer une pratique réflexive portant sur les finalités et moyens de leur action, mais aussi sur les conditions et le processus par lesquels ils vont pouvoir agir de manière plus adéquate, compte tenu du contexte (Aiguier et al., 2012)* » (Aiguier et Loute, 2016). Ainsi, l'*empowerment* est tant un processus d'apprentissage pour ceux qui le développent pour leur propre compte que pour ceux qui accompagnent son développement pour d'autres. Dans tous les cas, cela demande du temps, alors même que cette ressource fait défaut à tous.

L'*empowerment* des personnes accompagnées nécessite un changement des pratiques tant individuel, organisationnel que sociétal. Ce changement de pratique ne peut se penser sans un apprentissage de la part des professionnels et des organisations pour qu'ils soient en mesure de mettre en place de nouvelles compétences et de changer les pratiques.

Si les recommandations évoluent et que les pratiques évoluent plus lentement, comment faire pour que ces recommandations s'appliquent ? Comment former les professionnels du sanitaire et du social aux compétences relationnelles nécessaires à l'*empowerment* ? Mais aussi, comment créer les conditions organisationnelles de ces apprentissages ?

I.3 Les communautés de pratique : un environnement favorable aux apprentissages individuels et organisationnels

L'approche centrée sur la personne accompagnée et le soutien au développement de son *empowerment* demandent une personnalisation de la prise en soin. Plus que des pratiques normatives, il est demandé aux professionnels de faire preuve de réflexivité, d'avoir la capacité de s'appuyer sur les savoirs expérientiels des personnes malades et de leurs aidants, d'être en mesure de créer les conditions du partenariat avec la personne malade et de construire une compréhension commune pour faciliter l'identification des difficultés et des

solutions pour les résoudre. Plus qu'une simple diffusion de façons de faire, la démarche de formation des professionnels doit leur permettre de favoriser leur *empowerment*, « *c'est-à-dire [viser] à les mettre en situation d'agir et de réfléchir sur les fondements, le sens et les moyens de leur agir* » (Aiguier et Loute, 2016) (9).

Avoir comme objectif de favoriser l'*empowerment* des professionnels, c'est leur permettre de développer une pratique collective et réflexive pour qu'ils puissent identifier les contextes sources de difficultés ; s'engager dans une démarche dialogique ; co-construire du sens et des finalités à leur action ; identifier et mutualiser des ressources et questionner leur pratiques, postures, rôles et valeurs (9,48).

Pour aider les professionnels à initier ce processus de capacitation, des dispositifs ont vu le jour et ils s'appuient sur le dialogue au sein d'un collectif : c'est le cas des communautés de pratique. Le dispositif d'apprentissage repose sur l'engagement coopératif de la part des participants, la mise en place des conditions favorables à une parole partagée et au développement de la réflexivité par l'action collective (9,49). Les dispositifs se centrent sur le rôle du groupe mais s'intéressent également aux processus d'apprentissage individuel au sein de ce groupe. Les conditions dans lesquelles va réellement pouvoir se réaliser la démarche dans son intégralité sont également à questionner car elles sont étroitement liées aux logiques de l'organisation (culture organisationnelle, rapports de pouvoir, type de management, enjeux stratégiques) et aux types d'animation qui aident les membres de la communauté à initier la démarche de capacitation dans sa globalité.

Les communautés de pratique sont constituées de groupes d'acteurs qui partagent un intérêt commun. Elles se définissent comme des « *groupes de personnes qui partagent une préoccupation, un ensemble de problèmes ou une passion pour un sujet, et qui approfondissent leurs connaissances et leur expertise dans ce domaine en interagissant de façon continue* » (traduction libre de « *groups of people who share a concern, a set of problems, or a passion about a topic, and who deepen their knowledge and expertise in this area by interacting on an ongoing basis* » (Wenger et al., 2002) (2). Les membres de la communauté se rencontrent pour partager des expériences et apprendre les uns des autres. Le processus d'apprentissage y est donc central. Ce type de dispositif de capacitation ne se limite pas aux apprentissages individuels mais il convoque aussi des apprentissages collectifs et organisationnels. En effet, la communauté de pratique est identifiée comme un moyen de gestion de la connaissance au sein des organisations affiliées à la CP dans le sens où elle s'appuie sur la capacité d'apprentissage de ces organisations, laquelle est à organiser.

En 2001, Chris Argyris et Donald A. Schön ont développé un modèle de l'apprentissage organisationnel. Lorsque l'organisation est confrontée à des divergences entre les résultats observés et attendus et qu'elles sont remarquées, s'enclenche un processus dynamique d'apprentissage au sein de l'organisation. Si le problème peut être résolu par une simple adaptation des modes opératoires de l'organisation, les deux auteurs parlent d'apprentissages en simple boucle. Ce type d'apprentissage est simple pour l'organisation et ne demande pas de modification de la logique organisationnelle. Si le changement des modes opératoires n'est pas suffisant, alors c'est le schéma d'interprétation appliqué jusque-là qui est à revoir. Les auteurs parlent d'apprentissages en double boucle (50) pour évoquer les apprentissages plus profonds de l'organisation. A ce niveau, ce sont les modèles mentaux qui guident les actions qui sont remis en question. L'apprentissage en double boucle conduit à des modifications des processus cognitifs des personnes. Ainsi il favorise la remise en question des pratiques existantes. Il permet à l'organisation de s'adapter aux changements. Enfin il permet à l'organisation d'être dans une logique d'amélioration continue. Ce qui conduit progressivement l'organisation à devenir apprenante. L'organisation apprenante se caractérise par une culture de l'apprentissage forte, un management qui incite ses employés à développer leurs connaissances et une forte adaptabilité (51,52). L'organisation s'appuie sur une culture de l'apprentissage en interne, les technologies, les apprentissages informels, la formation continue et les communautés de pratique. Une organisation est dite « apprenante » quand elle présente une faible résistance au changement et met en place des apprentissages en simple et double boucle.

Les organisations ont donc tout intérêt à comprendre comment développer ce type de communauté, comment transférer les connaissances à toute l'organisation et comment devenir apprenantes. Ces enjeux sont d'autant plus importants dans le champ de la santé que la résistance au changement y est forte et que le changement de paradigme dans le sens de davantage d'*empowerment* des personnes a du mal à s'actualiser.

I.4 Le porteur de projet tiers

L'animation joue un rôle important dans la construction et dans tout le cycle de vie d'une CP inter-organisationnelle mais son rôle reste à clarifier (2,53). La CP a une visée dialogique pour favoriser les échanges et la création de nouvelles connaissances. L'animation n'a pas pour fonction de juger ou d'arbitrer un conflit en se posant en tant que

détenteur des normes mais de se positionner comme le garant de l'espace de parole et de la dynamique d'échange entre les différents participants au projet en présence (49). Son objectif est de favoriser le développement de la réflexion sur les actions des différents participants afin de produire une réorientation des objectifs poursuivis en accord avec les valeurs collectives identifiées. L'animateur doit aider les participants de la communauté à s'auto-encapaciter. Pour décrire l'opération d'apprentissage individuel, Donald A. Schön, évoque une étape de « *reframing* » (recadrage) qui consiste en une modification des perspectives de la personne, de son cadre de référence ou de son contexte de travail afin d'obtenir une compréhension nouvelle d'un phénomène. Grâce au *reframing*, il est possible pour un individu de modifier ses croyances, attitudes et comportements vis-à-vis d'une situation. Ce processus favorise une plus grande flexibilité mentale de l'individu qui devient capable de résoudre des situations problématiques. Cela demande aux individus de dépasser leurs anciens schèmes de sens et leurs anciens repères identitaires. Le processus de recadrage semble être une compétence clef pour les professionnels travaillant dans des environnements complexes, ce qui est particulièrement le cas des pratiques d'AAS. En utilisant le recadrage, les professionnels de santé pourraient mieux s'adapter aux situations changeantes et trouver des solutions créatives aux problèmes identifiés.

Ce processus de *reframing* pourrait avoir besoin de l'appui d'un tiers extérieur qui aide les participants au projet à dépasser leurs anciennes routines et leurs présuppositions. Le tiers a pour fonction d'aider les individus à opérer une « *tercéisation* », transformation qui peut être considérée « *comme le résultat d'une opération qui exige la convocation, dans la construction de soi-même, d'un élément tiers qui, par son extériorité, rend possible la construction par l'acteur de son image, c'est-à-dire de ce qui va lui permettre de s'identifier (d'identifier ses intérêts) dans un contexte d'action* » (Lenoble et Maesschalck, 2008) (49). Le rôle du tiers est d'aider les acteurs à se transformer pour s'auto-capaciter en s'appuyant sur un processus collectif et d'ainsi les conduire à repenser leur rapport au groupe et à leur identité, ce qu'illustre l'exemple du miroir : « *La référence au miroir exprime très clairement l'opération de représentation. Se représenter c'est se donner une image : c'est "se reconnaître" dans une image. Mais, comme l'indique bien la métaphore du miroir, pour pouvoir se reconnaître dans un miroir, il faut nécessairement pouvoir se "reconnaître" dans cet autre qu'est l'image. Il faut donc pouvoir préalablement faire droit à cette altérité, à cette différenciation de soi et de cette image qui se reflète dans le miroir. A défaut de cette opération de différenciation, il ne peut y avoir de réussite de l'opération de représentation.*

Pour le dire même en termes encore plus métaphoriques, pour que je puisse me reconnaître dans le miroir, il faut nécessairement la convocation de cet élément tiers qu'est le miroir lui-même. Le cadre du miroir est la condition de possibilité même de l'existence de l'image dans laquelle le sujet se reconnaît et à laquelle il va s'identifier. La réussite de l'opération de représentation implique donc des conditions de possibilité qui sont liées à ce processus de différenciation ou de tercésation. C'est bien la nécessité d'un dispositif assurant l'existence de cette opération de différenciation ou de tercésation que l'approche schématique de Schön aboutit à oblitérer » (Lenoble et Maeschalck, 2008) (49).

Chaque individu a des intérêts qui lui sont propres et qui définissent son identité. Cette identité lui permet d'adopter le rôle correspondant au sein de son contexte social. L'identité de l'individu est garante du sens donné aux situations auxquelles il est confronté et guide les réponses qu'il apporte. Cependant, c'est elle aussi qui est source de résistances au changement. Pour changer, l'individu a besoin de ne plus s'identifier à une unique image figée mais à une autre. Il a donc besoin de savoir s'adapter. Le tiers peut aider l'individu à instituer une forme d'extériorité vis-à-vis de son identité, pour qu'il la reconsidère à l'aune d'autres propositions. Dans le contexte d'une CP inter-organisationnelle, quelles sont les spécificités de ce tiers et quels sont les processus à mettre en place afin d'aider les individus à réaliser collectivement ce dépassement et cette transformation identitaire ? Comment ce processus peut-il être diffusé à l'organisation pour qu'elle transforme ses pratiques et devienne capacitante pour ses membres ?

I.5 Question et objectifs de la recherche

Le changement des pratiques et des organisations est au cœur des enjeux de transformation du système de santé. Afin d'améliorer les pratiques, il est à la fois nécessaire :

- de redonner du sens aux pratiques des professionnels du sanitaire et du social ;
- de leur redonner du pouvoir d'agir pour qu'ils puissent agir sur leur organisation pour être en mesure d'y proposer des conditions de soin permettant aux personnes malades de développer leur pouvoir d'agir ;
- de favoriser la coopération entre tous les acteurs du soin et des accompagnements, dont les personnes concernées malades.

Cependant, les professionnels du sanitaire et du social se connaissent peu et n'ont pas l'habitude de coopérer ni entre eux, ni avec les personnes malades. La participation des

personnes nécessite l'intégration de la perspective des patients dans le système de santé. Cela repositionne le patient comme partenaires des soins car sa participation est attendue et reconnue (54). Pourtant en pratique, les professionnels ont encore tendance à penser pour les personnes accompagnées plutôt qu'avec, ce qui conduit à un maintien de relations dissymétriques (54). Alors en pratique comment aider les professionnels à améliorer leurs pratiques pour que cela serve l'autonomie et la participation des personnes accompagnées ?

Les conduire à penser ensemble les accompagnements et avec les personnes concernées (ou avec leurs représentants via des associations de malades et personnes accompagnées) autour de l'amélioration de leurs pratiques semble être une piste de réflexion pour qu'ils améliorent leurs pratiques de soin et d'accompagnement. La question qui se pose est alors la suivante :

Comment ces acteurs peuvent-ils développer collectivement, via une intervention médiée par un tiers, leur pouvoir d'agir (*empowerment*) et leur coopération jusqu'à éventuellement conduire une démarche de changement ?

Nous avons eu l'opportunité de participer à l'appui d'un projet dans le champ de l'Accompagnement à l'Autonomie en Santé (AAS) : le projet ACcompagnement Evolutif et Solidaire (ACESO). Ce dernier était conduit par un porteur de projet extérieur aux pratiques d'accompagnement qui avait pour objectif d'aider les différentes organisations partenaires à améliorer leur pratique pour favoriser le développement du pouvoir d'agir de leurs usagers.

L'idée était de favoriser l'*empowerment* des professionnels et des personnes accompagnées par la construction d'une communauté de pratique les rassemblant autour de l'AAS. Ce type de CP visait la rencontre de tous les acteurs du sanitaire et du social (accompagnants salariés ou bénévoles), avec des représentants des personnes malades pour collectivement réfléchir aux pratiques et les améliorer. Cela nécessitait d'aider les participants du projet à dépasser leur identité professionnelle et à construire collectivement un sens à leur action. « *L'enjeu n'est pas de justifier des valeurs, mais de chercher à produire des significations communes susceptibles de guider l'action du groupe en situation (Legault, 1999, p. 48). En produisant de telles significations, le groupe met en jeu sa propre identité d'acteur collectif et détermine le sens d'un comportement responsable par rapport à ses pratiques. Il faut toutefois encore comprendre comment ce processus peut être mis en œuvre*

et accompagné dans la vie d'un groupe de manière à en garantir – autant que faire se peut – le résultat » (Lenoble et Maesschalck, 2008) (49,55).

La question soulevée est donc plus précisément la suivante :

Comment des acteurs, accompagnants salariés ou bénévoles, développent-ils collectivement via une intervention médiée par un tiers, leur pouvoir d'agir (*empowerment*) et leur coopération jusqu'à éventuellement conduire une démarche de changement au profit de l'*empowerment* des personnes accompagnées ?

Trois objectifs contributifs se dégagent :

- identifier les effets et les mécanismes pour les individus, le collectif et les organisations,
- comprendre le rôle du tiers dans l'animation d'une communauté de pratique,
- identifier des contextes facilitant et freinant la mise en place du changement.

Nos présupposés étaient les suivants : le projet, par ses dimensions collaborative et participative, aura un impact sur les apprentissages des participants au projet et sur leurs pratiques (théorie socioconstructiviste de l'apprentissage) : de nouveaux savoirs, savoir-faire et savoir-être émergeront. Cependant, nous ne présumons rien quant à la nature de ces savoirs ou leur mobilisation. Il en allait de même pour les mécanismes responsables de ces apprentissages.

**PARTIE II : FONDEMENT DE LA THÈSE ET
CONTEXTE DE RECHERCHE : AAS**

La deuxième partie a pour objectif de présenter le cadre de l'expérimentation nationale dans laquelle le projet ACESO s'intègre et de présenter le projet. Pour ce faire, cette partie s'articulera autour de deux axes :

- la présentation du cadre de l'expérimentation nationale et des autres projets de l'expérimentation
- la présentation du projet ACESO

II.1 AAS : une pratique à définir entre besoin de reconnaissance des professionnels, amélioration des pratiques et reconnaissance de la place des personnes accompagnées

II.1.1 Cadre de l'expérimentation nationale des dispositifs d'AAS

L'expérimentation de l'AAS est inscrite dans l'axe IV de la Stratégie Nationale de Santé 2018 – 2022 et financée pour une durée de 5 ans par une enveloppe réservée du Fonds d'Intervention Régional (FIR). Le cahier des charges de cette expérimentation est fixé par l'arrêté du 17 mars 2016, en application de l'article 92 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Le mode de sélection est un appel à projet national qui s'est déroulé en deux vagues (2016 et 2017). L'expérimentation visait à réaffirmer le rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé, notamment en favorisant leur participation par des démarches innovantes dont l'AAS. C'est pourquoi les projets devaient soit être co-portés avec ou portés par des associations de patients ou si ce n'était pas le cas démontrer leur participation au pilotage du projet. Chacun des projets était soumis à une double contrainte d'évaluation : une au niveau national (dite évaluation nationale) et une au niveau local (dite auto-évaluation). De plus, un autre critère d'éligibilité était la mise en place d'opérations de recherche au sein des projets. Ainsi les quatre critères de sélection étaient : 1) le caractère novateur du projet, 2) l'implication des usagers, 3) l'intégration d'une démarche de recherche et d'évaluation, et 4) l'importance de la thématique et/ou du public au regard des priorités de santé au niveau régional ou national.

Vingt-huit projets ont été sélectionnés au niveau national en deux vagues, l'une en 2016 (19 projets) et l'autre en 2017 (9 projets) (Tableaux 2 et 3 ; Gross, 2017 (56)).

Tableau 2 : Liste des 28 projets sélectionnés au niveau national

Projets sélectionnés dans le cadre de l'expérimentation nationale des projets d'accompagnement à l'autonomie en santé	
19 projets sélectionnés en 2016	9 projets sélectionnés en 2017
<ul style="list-style-type: none"> • AFM-Téléthon (Normandie, 2016), • AFM-Téléthon (Océan Indien, 2016), • AIDES (Guyane, 2016), • AIDES (Nouvelle Aquitaine, 2016), • Alliance Maladies Rares (Nouvelle Aquitaine, 2016), • ARCAT (Ile de France, 2016), • Association Case de Santé (Occitanie, 2016), • Association La case (Nouvelle Aquitaine, 2016), • Association Neuro-Bretagne (Bretagne, 2016), • Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanie (Centre Val de Loire, 2016), • Association Renaloo (Pays de Loire, 2016) (mais désistement de l'organisation) • Association Sid'Aventure (Océan Indien, 2016), • Association Solidarité Réhabilitation (Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2016), • Centre Hospitalier de Rouffach (Grand Est, 2016), • Hôpital universitaire Robert Debré (Île de France, 2016), • Impatients, chroniques et associés (Île de France, 2016), • IRESP Bourgogne (Bourgogne-Franche-Comté, 2016), • Pôle santé Chambéry (Auvergne Rhône-Alpes, 2016), • UDAPEI 59 (Hauts de France, 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> • AIDES (Centre Val de Loire, 2017), • Association Armor Santé (Bretagne, 2017), • Association Voir et Percevoir (Bourgogne Franche-Comté, 2017), • CISS ARA (Auvergne Rhône-Alpes, 2017), • GHRMSA (Grand Est, 2017), • Groupe SOS Solidarités – Ensemble vers l'insertion et l'emploi (Normandie, 2017), • IREPS Corse (Corse, 2017), • Plateforme d'éducation thérapeutique du territoire de démocratie de Lorient-Quimperlé (Bretagne, 2017), • Réseau Diabète Guadeloupe (Guadeloupe, 2017).

Tableau 3 : Caractéristiques des porteurs de projet et des populations cibles

Porteurs de projets	Populations visées
<ul style="list-style-type: none"> • Association d'usagers (n=16) • Association de professionnels de santé (n=6) • Établissement de santé (n=4) • Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) (n=2) 	<ul style="list-style-type: none"> Diabète de type 2 (n=1) Handicap (n=2) VIH (n=1) Troubles des apprentissages (n=1) Obésité (n=2) Personnes migrantes (n=1) Maladies chroniques (n=6) Maladies rares (n=1) Maladie rénale (n=1) Santé mentale (n=2) Soins primaires (n=2) Maladies neuromusculaires (n=2) Addictions (n=2) Epilepsie (n=1) Santé et sexualité (n=3)

II.1.2 L'empowerment des individus est conditionné à 3 ingrédients actifs

Le Laboratoire Éducatifs et Promotion de la Santé (LEPS UR 3412) a été chargé d'élaborer le cadre de l'évaluation nationale de cette expérimentation (56). Pour répondre à cette commande et défendre l'ensemble des intérêts des porteurs de projet, les modalités de l'évaluation ont été définies avec l'ensemble des porteurs de projet. Un processus de type Delphi a été retenu. Il s'est déroulé en trois phases : « 1. *Caractériser le périmètre des projets* ; 2. *Identifier les critères structurants de l'accompagnement à l'autonomie en santé de manière générale, indépendamment de leur propre projet* ; 3. *Vérifier l'intelligibilité des critères, leur pertinence pour chaque projet et la faisabilité de leur traduction en éléments d'appréciation* » (57).

Le premier tour de Delphi correspondait à l'analyse des 19 premiers projets financés (1^{ère} vague de 2016) pour identifier dans chaque projet « les moyens mis en œuvre, les effets recherchés, la gouvernance des projets, les valeurs sous-tendant » (57). Les informations recueillies ont été présentées puis validées par les participants des 28 projets. Ce tour a permis de dégager 98 indicateurs dont 10 ont été écartés car ils correspondaient à l'évaluation individuelle des projets. Ceux-ci ont été ensuite regroupés en 32 critères puis soumis au vote lors du deuxième tour et 27 d'entre eux ont été validés par les participants. Le troisième tour a questionné les participants sur les 27 critères. Ce tour a conduit à écarter 6 critères trop

complexes à renseigner ou pas assez clairs pour les participants, laissant subsister 21 critères à la fin de ce tour. Ce processus complet a permis de passer de 98 descripteurs (qui rendaient compte de ce qui figurait dans les projets) à 21 critères (figure 1) :

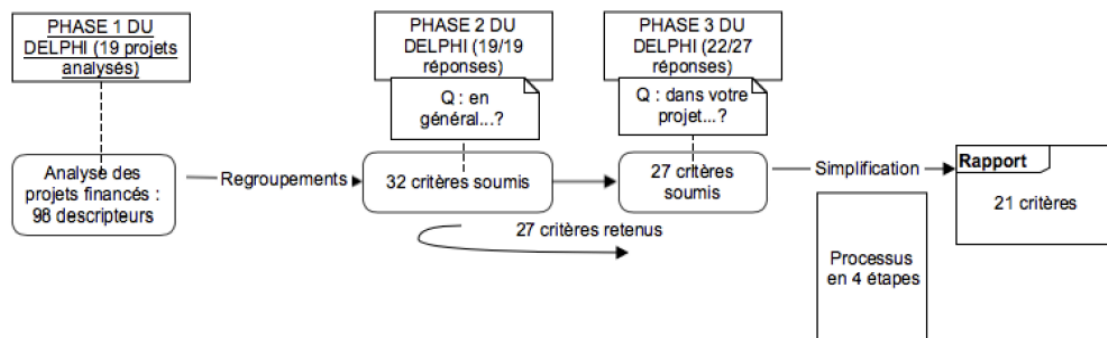


Figure 1 : Logigramme extrait du rapport d'Olivia Gross pour présenter la méthode Delphi au sein de l'expérimentation

La vision de l'*empowerment* identifiée en partant des participants au projet s'intègre dans la vision de l'*empowerment* tel que décrit par William A. Ninacs mais avec une différence majeure car le modèle y intègre la dimension d'environnement capacitant. Les critères choisis ont pu être ordonnés en 4 grandes dimensions comportant les trois types d'*empowerment* individualisés par Ninacs : l'*empowerment* individuel, l'*empowerment* collectif, l'*empowerment* organisationnel auxquels s'ajoute l'environnement capacitant (56). Les critères qui caractérisent les quatre dimensions de l'AAS sont listés dans la figure 2 (56,57).

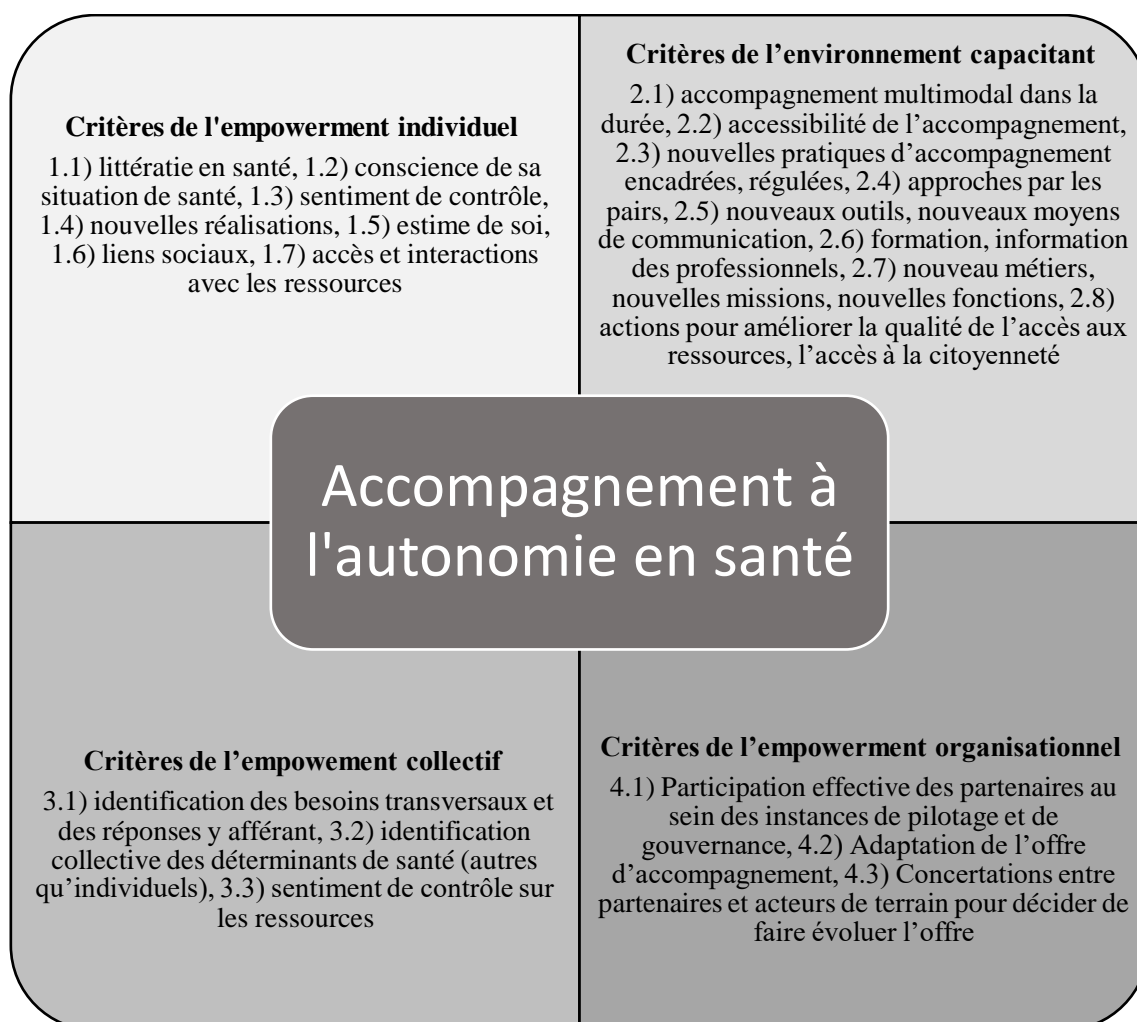


Figure 2 : Matrice des dimensions de l'accompagnement à l'autonomie en santé (rapport *Accompagnement à l'autonomie en santé*) tiré du cadre d'évaluation des projets d'ASS réalisé par Olivia Gross

Selon ce cadre, l'*empowerment* collectif et organisationnel avec un environnement capacitant sont les ingrédients actifs de l'*empowerment* individuel (figure 3). Ce cadre s'intègre « dans une conception pragmatiste des fins et des moyens » (57) selon laquelle fins et moyens sont étroitement liés. Cette relation étroite évite de se focaliser sur les effets, sans penser les processus mis en œuvre. Autrement dit, il n'est pas possible de parvenir à l'*empowerment* individuel si ses ingrédients actifs ne sont pas présents (56,57). Cela est d'autant plus justifié que le concept d'*empowerment* se rapporte à la fois à un effet et au processus pour y parvenir (43,57) et que l'on ne saurait contribuer à « empouvoier » quelqu'un sans respecter un certain nombre de requis, en particulier éthiques. Ainsi, si l'*empowerment* individuel reste l'objectif final de l'AAS, ses ingrédients actifs sont aussi des finalités en soi.

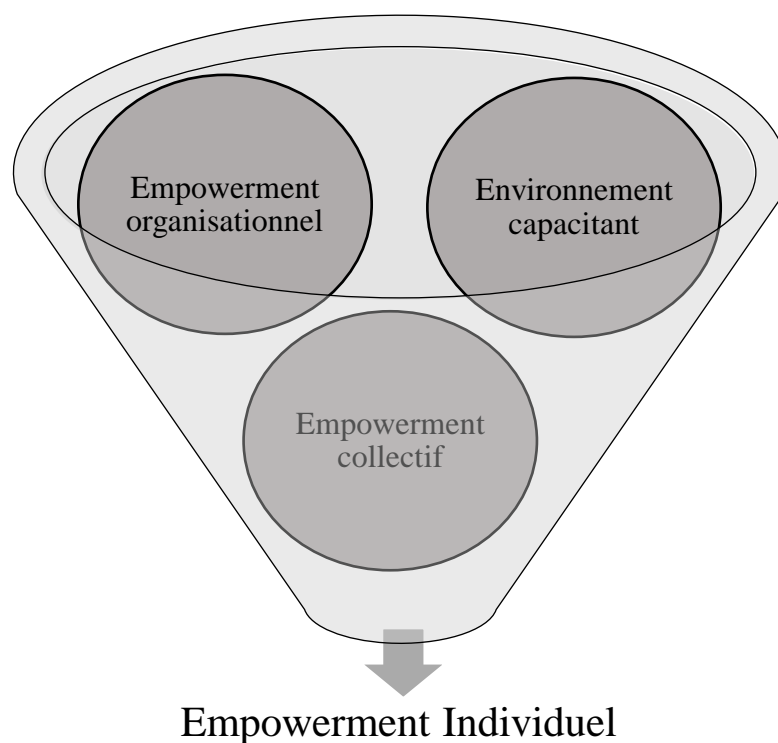


Figure 3 : Ingrédients actifs de l'empowerment individuel (Gross, Gagnayre, Lombrail, 2018)

II.2 Terrain de la recherche : le projet ACESO

Le projet ACESO fait partie de l'expérimentation nationale des dispositifs d'accompagnement à l'autonomie en santé. Il a fait partie de la sélection opérée en Ile-de-France avec 3 autres projets lors de la vague de 2016. Il s'est terminé officiellement en 2021, même si le collectif constitué à l'occasion de l'expérimentation a persisté depuis. Il rassemblait 21 organisations partenaires en Île-de-France autour de deux porteurs de projet : [Im]Patients Chroniques et Associés (ICA) (porteur principal) et le Pôle ETP (co-porteur) (58,59). Les pratiques d'AAS des organisations étaient en direction des personnes malades pouvant ou non vivre dans une situation de précarité au moyen de leur accompagnement. Comme attendu dans le cahier des charges, l'auto-évaluation et la recherche faisaient partie intégrante du projet dès la réponse à l'appel à projet. Au sein du rassemblement des organisations partenaires, les laboratoires de recherche et donc les chercheurs étaient des participants au même titre que les autres et faisaient partie intégrante du projet.

II.2.1 Les partenaires

Le projet ACESO est né de la rencontre du sanitaire et du social via le maillage de deux écosystèmes, celui du Pôle ETP et celui d'[Im]Patients Chroniques et associés (ICA,

coalition d'associations de malades). Il a rassemblé sur un pied d'égalité des organisations partenaires diverses (tableau 4) : associations de patients, associations de professionnels, living labs, universités, structures de soutien à d'autres structures (Ex : Cité de la santé, Forum des living labs, etc.). Celles-ci étaient très hétérogènes en termes de taille, de population concernée par la maladie (VIH, maladie rénale, hémophilie, maladie de Huntington, diabète, etc.) (tableau 5), d'équipe (professionnels, bénévoles), de métiers (médecin, assistant social, médiateur pair, médiateur santé, etc.). Au sein du projet, chaque organisation partenaire avait un ou deux représentants nommés référents. C'est eux qui ont participé aux différents groupes de travail. Sur 20 organisations partenaires, 15 d'entre elles avaient des pratiques d'accompagnement à l'autonomie en santé (58,59). Les organisations qui ont des pratiques d'AAS auprès de personnes malades sont les associations de patients, les associations de professionnels et le centre de santé. Les structures de soutien à d'autres structures présentent des actions d'appui à des organisations ayant des actions d'AAS auprès de personnes malades.

Tableau 4 : Type d'organisations présentes au sein du projet ACESO

Type d'organisation	Effectif
Associations de patients	n=6
Associations de professionnels	n=8
Structures de soutien à d'autres structures	n=3
Laboratoires de recherche	n=2
Centre de santé	n=1

Tableau 5: Nom des organisations présentes au sein du projet ACESO, usagers de celles-ci

Nom des organisations partenaires	Usagers	Type d'organisation
ACSBE - Association Communautaire Santé Bien Etre	Personnes en situation précaire vivant dans une zone urbaine dite sensible de Saint-Denis, dont des personnes vivant avec une maladie chronique	Association de professionnels
Association de soutien du Forum Living Lab Santé Autonomie (FLLSA)	Soutien des livings labs	Structure d'appui
Association Française des Hémophiles -AFH-	Personnes atteintes d'hémophilie ou de maladies hémorragiques rares	Association de patients Ancien membre d'ICA
Association François Aupetit - AFA -	Personnes atteintes de maladie inflammatoire chronique de l'intestin	Association de patients Ancien membre d'ICA
Association Paris Diabète	Personnes diabétiques	Association de professionnels
Association Revesdiab	Personnes diabétiques	Association de professionnels
Basiliade Béranger	Personnes atteintes du VIH	Association de professionnels
Centres Municipaux de santé de la Ville de Nanterre -CMS Nanterre-	Personnes consultant au centre municipal de santé	Centre de santé
Cité de la Santé	Centre de ressource documentaire et lieu d'accueil, d'information et de rencontre	Structure d'appui
Comede	Personnes en situation d'exil	Association de professionnels
Comité des familles	Personnes atteintes du VIH ou d'hépatite	Association de patients
Cordia	Personnes atteintes de maladie chronique et en situation de précarité	Association de professionnels
Dingdong (Ddd) – Institut de coproduction de savoir sur la maladie de Huntington (MH)	Personnes atteintes de la maladie de Huntington	Association de patients Ancien membre d'ICA
Femasif - Fédération des Maisons et des Pôles de Santé de l'Île de France : soutien aux maisons et pôles de santé	Soutien aux maisons et pôles de santé	Structure d'appui
France Psoriasis	Personnes atteintes de psoriasis (cutané et rhumatismal)	Association de patients Ancien membre d'ICA
France Rein Ile-de-France	Personnes atteintes de maladie rénale chronique	Association de patients Ancien membre d'ICA
Laboratoire Educations et Promotion de la Santé (UR 3412) -LEPS-	Laboratoire de Sciences de l'Éducation et Santé Publique	Laboratoire de recherche
Laboratoire d'Ethique - Université Paris Descartes	Laboratoire d'Éthique	Laboratoire de recherche
Migrations Santé	Personnes migrantes	Association de professionnels

URACA /Basilade (Unité de Réflexion et d'Action des Communautés Africaines)	Personnes concernées par la maladie et issues de la communauté africaine	Association de professionnels
---	--	-------------------------------

Une des organisations partenaires s'est retirée du projet à la fin de la première année. En effet, l'association France Psoriasis a dû quitter le projet ACESO ne disposant pas des ressources humaines et financières pour y participer. Le nombre d'associations de patients est passé à cinq.

II.2.2 Les référents

Chaque organisation partenaire était représentée dans ACESO par au moins un représentant appelé « référent ». Les référents avaient un triple rôle : participer à l'avancement du projet, porter la parole de leur organisation au sein du collectif et diffuser les résultats du projet ACESO au sein de leur propre organisation. Le statut des référents variait en fonction des organisations partenaires. Ils pouvaient être salariés ou bénévoles, malades ou non, membres de l'équipe ou directeur. Aucun requis à la participation n'était demandé, si ce n'était de s'engager dans le projet jusqu'à la fin de l'expérimentation. En cas de départ du référent d'une organisation partenaire, il était possible pour cette dernière, voire fortement recommandé, de mandater à sa place un autre membre de l'équipe.

II.2.3 Le porteur de projet

Le porteur, le Pôle ETP², est une association loi de 1901, financée par l'Agence Régionale de Santé depuis 2013. À l'origine, le Pôle ETP était un collectif de soignants animateurs d'ateliers d'ETP. Ceux-ci ont participé à un programme expérimental (porté par la Fédération des Réseaux Diabète d'Île-de-France et l'Association Régionale de Néphrologie d'Île-de-France). Face aux besoins des professionnels (hospitaliers mais surtout de ville) que cette expérimentation a révélés, le Pôle ETP a proposé des appuis à la mise en place de programmes d'ETP (la formation de 40h ne permettant pas la mise en place concrète des projets d'ETP en ville). Le Pôle ETP a alors assumé des missions de permanence et de sensibilisation à l'ETP. En position de médiateur, il propose des appuis, des actions de formation (qui ne sont pas des formations 40h à l'ETP mais des formations complémentaires

² <https://www.poletp.fr/fr/>

autour de l'ETP), et s'emploie à la construction d'un patrimoine de ressources pour son écosystème.

Le Pôle ETP a toujours porté des valeurs qu'il communique aux organisations qui le sollicitent. D'abord tourné vers la coopération pluridisciplinaire (entre le médical, le social, les institutions, les laboratoires de recherche, etc.) et la construction de programmes en lien avec les besoins des personnes concernées, il a progressivement ajouté le partenariat patient jusqu'à en faire son fer de lance. Actuellement, il se positionne aussi comme un tiers médiateur (et depuis cette thèse comme « tiers tercésateur ») afin d'aider les acteurs de la santé à développer leurs projets. Ainsi, il soutient le développement des compétences nécessaires et contribue à identifier les éléments de contexte pouvant les aider dans leur démarche en vue notamment qu'ils surmontent des obstacles organisationnels.

Les actions principales mises en place par le Pôle ETP sont les suivantes :

- Transformations du système de santé par la mise en place de dynamiques coopératives et la construction d'un patrimoine commun (dont fait partie la capitalisation des expériences de chacun),
- Soutien à la mise en place de la perspective patient dans tous ses appuis et à la mise en place de projets orientés vers les besoins réels des personnes malades chroniques,
- Appui au développement d'un écosystème favorisant le développement de l'*empowerment* individuel et collectif,
- Espace de réflexivité alimenté par le partage d'expérience et la reconnaissance des savoirs scientifiques, professionnels et expérientiels,
- Innovation en santé par sa dimension de living lab dit Pôle de Ressources Lab.
- Organisation de séminaires collaboratifs ouvert à tous (patients, professionnels de santé, chercheurs et institutionnels),
- Formations : de patients intervenants et de partenariat professionnel-patient

Son équipe est constituée à la fois de professionnels de santé et de personnes concernées par la maladie. Elle compte 11 personnes dont 9 salariés et 2 bénévoles. Sur 9 salariés, 3 d'entre-deux sont des personnes vivant avec une maladie chronique et 5 sont des professionnels de santé (n'exerçant pas leur activité de soin et n'ayant pas de mission de soin au sein de l'association mais qui ont souhaité se mettre au service de l'ETP et du partenariat patient). Les professionnels de santé ne sont pas recrutés pour leur compétence de

professionnels de santé (diététicienne, psychologue, pédicure-podologue, pharmacienne et médecin) mais pour leur connaissance du système de santé: master d'éthique médicale en coordination des parcours de soin, doctorat de santé publique orienté sur les approches psycho-sociales et environnementales de la santé et master de recherche en santé publique sur l'organisation du système de santé. L'un des deux bénévoles est concerné par la vie avec la maladie. Quatre des salariés travaillent à temps partiel sur le projet ACESO (3 professionnels de santé -psychologue, médecin généraliste, pédicure-podologue- et 1 personne vivant avec une maladie chronique recruté pour le projet pour son expérience en tant que patient expert). Le projet ACESO est le premier projet collaboratif porté par le Pôle ETP.

II.2.4 Le portage initial du projet

À son lancement, le projet ACESO était co-porté entre [Im]Patients Chroniques et Associés (ICA) (porteur principal) et le Pôle ETP (co-porteur). Ces deux porteurs de projet avaient la responsabilité de l'animation du collectif et de son auto-évaluation.

Dissoute en 2019, ICA était une coalition d'associations de patients, créée en 2005. Elle était composée de 14 associations de patients atteints de maladies chroniques. Elle regroupait des associations de toutes tailles. Celles-ci se sont réunies autour d'un projet commun, celui de réfléchir ensemble autour de la maladie chronique et de l'emploi. Leur travail a donné lieu à un livret à l'usage des personnes malades chroniques intitulé : « Pathologies chroniques évolutives et milieu de travail ». La coalition avait aussi une dimension politique (porter la voix des personnes malades chroniques) et était créatrice de connaissances scientifiques par la réalisation de recherches participatives. C'est à l'arrivée de France Assos Santé en 2017 que la grande majorité des associations ont pu adhérer à cette nouvelle association nationale et ont choisi de s'impliquer uniquement dans celle-ci pour éviter une surcharge d'activité, conduisant à la dissolution de ICA faute d'adhérents.

Les associations de patients membres d'ICA participant à l'expérimentation ACESO étaient : AFA, AFH, Ding Ding Dong, France Rein Ile-de-France et France Psoriasis (qui a quitté ACESO en 2017) (58).

Suite à la dissolution d'ICA, les partenaires engagés dans ACESO ont souhaité maintenir leur participation dans le projet. Ils ont alors demandé au Pôle de Ressources de reprendre

le portage du projet dans sa globalité. Pour cette passation, ICA avait cependant comme exigence que l'animation du projet continue à être confiée à des coordinateurs dont l'un au moins devait avoir une expérience de première main de la vie avec une maladie chronique.

II.2.5 Les objectifs du projet ACESO

Au lancement du projet, un objectif final commun a été défini par les partenaires : celui d'améliorer les pratiques d'AAS. L'hypothèse du projet était la suivante : améliorer les pratiques d'AAS passe par l'analyse collective des pratiques existantes en vue de les améliorer et d'en construire de nouvelles qui soient plus inclusives. Ce qui devrait favoriser l'*empowerment* individuel des personnes accompagnées. Pour y parvenir, les partenaires se sont fixé cinq objectifs intermédiaires à atteindre (un par année). Le premier visait, à partir des pratiques existantes, à identifier ce qui existait déjà en termes d'AAS au sein des organisations partenaires (objectif 2016/2017). Le deuxième concernait la construction de nouvelles modalités d'AAS dites « innovantes, adaptatives, efficaces, inclusives et pérennes » (objectif 2017/2018). Le troisième était l'élaboration de nouveaux outils pensés collectivement (objectif 2018/2019). Le quatrième correspondait à l'élaboration d'un cadre commun d'évaluation pour évaluer les résultats du projet et les effets des nouvelles pratiques d'accompagnement (objectif 2019/2020) et enfin le dernier objectif était le partage et la diffusion de ces nouvelles pratiques d'AAS (objectif 2020/2021) et de leurs savoir-faire (59,60).

Réfléchir à la question du développement du pouvoir d'agir des personnes malades, cela revient aussi à requestionner les pratiques des accompagnants lesquelles, comme déjà évoqué, ne sont pas toujours propices au développement du pouvoir d'agir des personnes. Cette démarche a semblé intéressante puisqu'elle permettait de penser en parallèle le développement du pouvoir d'agir des personnes malades et celui des accompagnants. Cela supposait cependant de bien circonscrire le développement du pouvoir d'agir des accompagnants pour ne pas creuser les écarts de pouvoir entre accompagnants et personnes accompagnées et qu'au contraire, l'*empowerment* des uns favorise celui des autres. En effet, se focaliser sur l'*empowerment* des accompagnants, sans penser à sa finalité (le développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées), pourrait creuser les écarts de pouvoir en donnant plus à ceux qui en ont déjà le plus. Néanmoins, il a paru judicieux de référer à l'*empowerment* y compris pour les participants au projet professionnels afin de les réconcilier avec celui des personnes accompagnées ou malades.

Les quatre dimensions de l'accompagnement ont semblé être un guide permettant de transformer à la fois les individus mais aussi les collectifs et l'environnement des personnes accompagnées. Surtout, cette vision pluridimensionnelle évite toute sur-responsabilisation des personnes accompagnées. L'*empowerment* des accompagnants n'est alors qu'un point de passage pour transformer les pratiques, voire les aspects plus structurels du système de santé, dans une finalité plus grande d'*empowerment* des personnes accompagnées (19).

II.2.6 L'auto-évaluation du projet ACESO

L'auto-évaluation d'ACESO a été continue (tout au long du projet), participative (faisant intervenir les référents et les organisations partenaires), pluridimensionnelle et formative (c'est-à-dire participant au processus d'apprentissage des participants au projet).

Lors de la réponse à l'appel à projet, trois axes ont été définis :

- 1) évaluer le processus conduit par l'équipe de coordination d'ACESO pour construire une dynamique collaborative ;
- 2) évaluer les effets de la dynamique collaborative pour les référents et les différentes organisations partenaires ;
- 3) évaluer les effets des nouvelles pratiques sur l'*empowerment* des personnes accompagnées au sein des organisations partenaires.

Le premier axe a été traité via la réalisation d'un mémoire de Master 2 professionnel ³. Ce travail a montré que l'animation a permis aux participants du projet de dépasser le stade de regroupement d'organisations partenaires pour construire un collectif avec un sentiment d'appartenance fort au projet. Le deuxième axe est l'enjeu du travail de recherche de thèse. Le troisième axe demande à être traité dans une phase ultérieure, en lien avec les résultats de l'axe 2 afin de conserver le principe de ne pas dissocier les effets des processus.

Les questions principales qui se posent sont : quels sont les effets qui résultent de la dynamique collaborative en termes d'apprentissages et de transformation des pratiques ? Quels sont les effets qui en découlent pour les référents, pour les organisations partenaires du projet ACESO et pour les personnes accompagnées par celles-ci ? D'autres questions en découlent : les référents acquièrent-ils de nouvelles compétences dans le projet et si oui comment et lesquelles ? Comment le regroupement au sein d'un même projet favorise-t-il les apprentissages de chaque participant ? Comment ces apprentissages sont-ils transmis aux organisations partenaires ? Comment parvient-on à des transformations organisationnelles par des transformations individuelles ? Quel rôle joue la communauté de pratique dans les apprentissages individuels et organisationnels ? Comment animer ce type de communauté de pratique ?

³ Mémoire Master 2 : " Analyse et Management des Etablissements de Santé " : Construction d'un collectif : l'exemple du projet ACcompagnement Evolutif et SOLidaire (ACESO), Alexia Zucchello, 2018. Disponible sur : <https://ACESO.poletp.fr/?PubACESO>

**PARTIE III : CADRE DE LA RECHERCHE ET
MÉTHODE**

Le projet ACESO disposant d'un budget dédié à la recherche, le doctorat a été financé à la fois par le Pôle de Ressources en ETP et par l'Agence Nationale Recherche et Technologie (ANRT) via une bourse CIFRE. La bourse Conventions Industrielles de Formation par la Recherche (CIFRE) est un dispositif financé par l'ANRT. L'objectif de ce dispositif est de favoriser l'inclusion du doctorant dans le monde de l'entreprise pour faciliter l'accès à l'emploi des étudiants diplômés d'un doctorat et développer la recherche partenariale entre le public et le privé. Il rassemble quatre acteurs : une structure (qui peut être une entreprise, une association, une collectivité territoriale), un laboratoire de recherche (et l'université à laquelle il est rattaché), un doctorant et l'ANRT. C'est la structure qui embauche le doctorant en CDD ou en CDI pour une durée de 3 ans. En contrepartie, la structure reçoit une subvention annuelle de 14 000 euros (non assujettie à la TVA) pendant 3 ans. Le doctorant travaille sur un temps plein. Il partage son temps de travail entre un mi-temps dans la structure qui l'embauche, ici le pôle ETP pour participer à l'animation et à l'évaluation du projet ACESO et participer à la vie de l'association (séminaires, réunion d'équipes, etc.) et un second mi-temps consacré à son travail de recherche. Le laboratoire de recherche est le garant méthodologique du travail de recherche mais l'encadrement du doctorant est partagé entre l'entreprise (un encadrant) et le laboratoire (un directeur de thèse).

Dans le cadre de ce travail de recherche, le partenariat s'est établi entre le Pôle ETP (la structure) et le LEPS (le laboratoire de recherche) rattaché à l'université Paris 13 dénommée Université Sorbonne Paris Nord. Le Pôle de Ressources ayant besoin d'un travail de terrain et de recherche pour nourrir l'auto-évaluation du projet, le partenariat s'est naturellement porté vers le LEPS qui a construit le cadre de l'évaluation nationale. La thèse a débuté en juin 2019, soit lors de la 3^{ème} année d'expérimentation.

La bourse CIFRE positionne les doctorants entre deux mondes, ce qui peut s'avérer source de tensions (61). En effet, l'entreprise finance la doctorante dans le cadre d'une recherche ayant un impact souvent stratégique pour son développement socio-économique, ce qui porte potentiellement atteinte à la liberté scientifique du thésard (ici celle d'un Pôle de Ressources en ETP de déployer un projet autour de l'accompagnement à l'autonomie en santé). L'attente des acteurs de la société civile peut en effet conduire à une instrumentalisation de la recherche (62).

De même, les laboratoires ont leurs propres contraintes socio-économiques (62) qui poussent les doctorants à s'aligner sur la culture du laboratoire et sur le cadre théorique et conceptuel mobilisé par celui-ci (ici le cadre national de l'évaluation des projet d'AAS réalisé au sein du laboratoire). La bourse CIFRE conduit la doctorante à être prise dans des relations de dépendance via des relations de subordinations et dans des relations stratégiques. Alors comment ne pas faire de choix d'appartenance, comment négocier cette double posture tout en respectant les contraintes des deux milieux ? Comment faire pour que cette tension ne mette pas le doctorat en péril (63) ?

Réaliser une thèse avec une bourse CIFRE, c'est aussi être soumis à une tension permanente entre les exigences scientifiques d'un laboratoire et les contraintes temporelles de la structure qui embauche un·e doctorant·e (62). La recherche avait un double objectif, celui de faire un état des lieux de l'avancement du projet (pour mettre en avant le chemin parcouru et celui qu'il reste à parcourir pour atteindre les objectifs) et de produire de la connaissance que les référents pourraient s'approprier. Elle bouscule les enjeux classiques de la recherche puisque ceux-ci « *ne se situent alors pas du seul côté des modes de production et de diffusion scientifique, mais aussi du côté de la place et du rôle des acteurs dans le processus de recherche, de la restitution, de la réception et de l'appropriation des produits de la recherche par ces acteurs* » (De Miribel, 2022) (62).

Dans le cas d'un projet sur une durée déterminée, la contrainte de temps des acteurs de terrain est courte, alors que le temps de recherche est plus long (64,65). Pour ce qui est de cette thèse, le projet ACESO finissait en décembre 2021 alors que la thèse commençait en juin 2019 pour théoriquement finir en juin 2022 (soit 6 mois après la fin du projet). L'auto-évaluation du projet devait être finie pour le milieu de l'année 2021. Les partenaires du projet souhaitaient avoir des retours rapides sur les résultats du projet ainsi qu'avoir un regard extérieur sur le projet (la recherche devait venir nourrir la réflexion au sein du projet). De plus, il fallait que la phase de recueil de données visant l'auto-évaluation du projet soit combinée au recueil de données pour la thèse pour éviter une sur-sollicitation des référents et de leur équipe. Aussi, le recueil a débuté dès juillet 2019, même si une grande majorité des entretiens s'est faite en 2020. Enfin, il était demandé des restitutions rapides pour faire avancer l'expérimentation, ce qui nécessitait des analyses progressives des données quitte à faire évoluer les résultats avec les données suivantes, ce qui n'était pas confortable pour le chercheur et déstabilisant pour les acteurs de terrain.

Du côté du laboratoire, son implication dans le cadre de l'évaluation nationale a pu pousser à mobiliser le cadre construit au sein du laboratoire de manière déductive alors que les partenaires du projet étaient plus motivés par produire leurs propres référentiels au lancement de la recherche.

La place de la doctorante fut alors de mieux comprendre ce manque d'appropriation du cadre évaluatif pourtant construit de manière participative via une méthode Delphi, sous le contrôle d'un comité de pilotage auquel le Pôle lui-même avait participé (66). Était-ce une mauvaise compréhension de celui-ci, une simple posture, ou le cadre évaluatif n'était-il vraiment pas adapté à la réalité de terrain ?

Entre posture de médiateur et jeu d'équilibrisme, le doctorat CIFRE nécessite une réflexion importante sur la posture de recherche pouvant lui permettre à la fois d'avoir accès à son terrain de recherche tout en respectant les codes et conventions scientifiques. La contrainte du doctorant CIFRE est alors double : maintenir son cadre méthodologique et épistémologique tout en adaptant sa recherche aux contraintes et aux besoins du terrain.

Un travail de réflexion sur la posture de recherche et sur la méthode de recherche a été central dans ce travail de doctorat. Il fallait que la démarche permette à la fois de partir des connaissances des partenaires du projet mais aussi des connaissances scientifiques validées, qu'elle soit acceptée par les partenaires du projet et par la communauté scientifique. Il ne s'agissait pas de valider son hypothèse sur le terrain mais de partir du terrain comme première étape de problématisation. Le choix de la méthode de recherche devait être à la fois assez souple pour s'adapter aux contraintes du terrain et assez solide méthodologiquement pour être validé scientifiquement. Le tout maintenu tout au long du travail de terrain pour ne pas créer de résistance des membres du projet et dès lors, de s'en voir limiter l'accès.

Le chapitre qui suit décrit les choix méthodologiques et épistémologiques qui ont permis de mener à bien la recherche. Il sera donc composé de deux sous-sections. La première renvoie aux cadres théoriques et la seconde à la méthode mise en place dans cette recherche.

III.1 Le cadre théorique

Selon Gaston Bachelard, penser les connaissances comme une épistémologie unitaire est un danger (Bachelard, 1934) (67). L'état de la science n'est en effet pas une entité stable

mais varie en fonction du progrès des connaissances. De plus, toute recherche s'insère dans un paradigme épistémologique qui en nourrit la méthodologie, en limite la portée et dont l'explicitation participe à garantir la transparence et la rigueur du processus de recherche. Il s'agit d'expliquer comment la connaissance est produite et ses présupposés théoriques.

Afin d'élucider les questions soulevées et d'identifier les méthodes pour y répondre, il est nécessaire de déterminer la posture ou position épistémologique de la recherche ; c'est-à-dire le paradigme de recherche dont découlent les choix théoriques et méthodologiques effectués. Nous avons individualisé 4 pôles : un pôle épistémologique, un pôle théorique, un pôle morphologique et un pôle technique (68). Le premier pôle (pôle épistémologique) est le garant de la production de l'« objet scientifique ». Il expose la vision du monde dans laquelle s'intègre la recherche et est partagé par une communauté scientifique (c'est donc le paradigme de la recherche). Il a un rôle déterminant dans la recherche. Selon Jean Piaget (cité par Avenier et Gavard-Perret, 2012), l'épistémologie est « l'étude de la constitution des connaissances valables » (69,70) : elle détermine donc les trois autres pôles. Le deuxième pôle (pôle théorique) guide le choix des hypothèses, qui se construisent à partir d'une première analyse des données collectées, et des concepts mobilisés. Le troisième pôle (pôle morphologique) réfère à la démarche progressive de construction des hypothèses par des allers-retours entre la théorie et le terrain. Le quatrième pôle (pôle technique) correspond à la mise en œuvre du dispositif de recherche et à la posture de recherche (68).

III.1.1 Le constructivisme comme pilier du pôle épistémologique

Dans le cas de ce travail, nous considérons que la réalité est intersubjective car elle dépend du sens que lui donnent les acteurs. La subjectivité devient une connaissance dès que les normes deviennent des attentes partagées. Ainsi le processus de construction de la connaissance est étroitement lié à l'expérience des acteurs et de manière interdépendante avec le chercheur. Au niveau épistémologique, notre choix s'est tourné vers le constructivisme radical ou aussi nommé plus tard constructivisme pragmatique pour souligner ses liens avec la philosophie pragmatiste de William James (70). Il est décrit par Ernst Von Glasersfeld comme « *radical parce qu'il rompt avec la convention, et développe une théorie de la connaissance dans laquelle la connaissance ne reflète pas une réalité ontologique "objective", mais concerne exclusivement la mise en ordre et l'organisation d'un monde constitué par notre expérience* » ; il invite à « *ne plus considérer la*

connaissance comme la recherche de la représentation iconique d'une réalité ontologique, mais comme la recherche de manière de se comporter et de penser qui convienne. La connaissance devient alors quelque chose que l'organisme construit dans le but de créer de l'intelligibilité dans le flux de l'expérience » (71,72). Ainsi, le sujet a un rôle actif dans la construction de ses représentations. Nos connaissances sont construites à partir de nos représentations et de nos perceptions, autrement dit, seules les expériences humaines sont connaissables (versus le réel). Cette épistémologie ne nie pas la possibilité d'une réalité extérieure aux acteurs mais pose seulement l'impossibilité de la percevoir indépendamment des perceptions qu'elle induit (70). Le constructivisme ne s'intègre donc pas dans une vision ontologique de la construction de la réalité. Il en découle une absence d'hypothèses d'ordre ontologique sur l'existence du réel. Il se caractérise par sa croyance dans l'existence des flux d'expérience des humains. Ainsi, pour illustrer notre posture, nous nous appuyons sur le travail de René Magritte (peintre surréaliste) : « *La trahison des images* ». Le tableau « *Ceci n'est pas une pipe* » met en lumière une représentation d'un objet qui n'est évidemment pas cet objet (il n'est pas possible de l'utiliser). Ce tableau illustre le regard du peintre sur l'objet. Ce n'est pas le réel mais une représentation du réel. Ainsi, dans notre travail de recherche, nous suivons cette vision du réel. Nous ne prétendons pas montrer la réalité mais une représentation du réel qui convienne à l'expérience des membres du projet et de la chercheuse. Dans notre travail, la connaissance sera présentée sous la forme d'une théorie d'intervention (celle mise en place au sein du projet). Le but de la connaissance s'inscrit dans une conception pragmatique de la connaissance, celle de construire de la connaissance à des fins d'action. Ainsi le pôle épistémologique s'inscrit dans une visée d'action, d'émancipation et de participation à la construction de bien commun. L'éthique de la recherche est une éthique située (73), c'est-à-dire une éthique « *pensée en fonction des particularités et des contraintes que les contextes sociaux, politiques et économiques exercent sur les actions singulières et sur l'activité collective* » (Charmillot, 2017) (74).

III.1.2 Les apprentissages et l'empowerment au cœur du pôle théorique

a) Les théories de l'apprentissage

Conformément au souhait de partir des perceptions et des croyances des référents en interaction avec le chercheur, le pôle théorique est étroitement lié au pôle épistémologique. Au cœur du sujet de recherche se trouve l'apprentissage des individus (des référents) et de

leurs organisations. Nous avons donc mobilisé deux théories d'apprentissage : le constructivisme décrit par Jean Piaget et dans sa lignée, le socio-constructivisme de Lev Semionovitch Vygotsky. Le constructivisme se caractérise par un apprenant actif qui acquiert des connaissances en partant de ses perceptions de la réalité et de son vécu. Trois grands principes y ont été identifiés : les connaissances sont construites, l'apprenant est au centre du processus d'apprentissage, le contexte influence les apprentissages. L'apprentissage se fait par construction de connaissances, en déconstruisant les connaissances antérieures pour en construire de nouvelles plus adaptées à son environnement. L'apprentissage tel que décrit par Piaget se centre uniquement sur les mécanismes internes de l'apprenant. Le socioconstructivisme s'inscrit dans cette vision de l'apprentissage mais l'apprenant n'y est pas seul responsable de ses apprentissages. La dimension sociale joue un rôle majeur dans le processus qui passe par des interactions apprenant-formateur et apprenant-apprenant (75). L'intérêt du socioconstructivisme vient du fait qu'il s'intéresse aux interactions entre l'individu, son environnement d'apprentissage et son environnement social. Ainsi, la théorie d'apprentissage socioconstructiviste permet de prendre en compte les apprentissages du référent au sein de son projet (environnement d'apprentissage) et comment il les utilise dans son organisation (environnement social). De plus, il a été mis en évidence deux situations d'apprentissage dans le socioconstructivisme : les apprentissages individuels que l'apprenant fait seul et les apprentissages avec médiateur qui correspondent aux activités plus complexes et qui nécessitent un « accompagnateur ».

b) Le concept d'empowerment

Le projet ACESO ne s'adressait pas directement aux personnes accompagnées. Pour rappel, le projet ACESO s'appuie sur une nouvelle approche de l'intervention sociale, celle du développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs qui met en avant l'importance de transformer les pratiques des accompagnants et de leur organisation afin de pouvoir développer l'*empowerment* des personnes accompagnées (19). Il n'était donc pas possible de mobiliser pour l'auto-évaluation le cadre construit pour l'évaluation nationale qui s'adressait à l'*empowerment* des personnes accompagnées et non à celui des accompagnants. Or, dans le projet, l'objectif était d'abord de favoriser l'*empowerment* des accompagnants pour que ceux-ci soient plus à même de favoriser celui des personnes accompagnées dans un second temps.

Le choix a été fait de partir cependant du concept d'*empowerment* à partir du présumé que les accompagnants devaient être en mesure de développer leur pouvoir d'agir pour transformer leurs pratiques et celles de leur organisation. Comme évoqué précédemment, l'*empowerment* dans sa définition radicale est un processus de conscientisation et de mobilisation pour la transformation sociale, selon une logique ascendante. L'*empowerment* sociolibéral et surtout néolibéral laissent peser plus de poids sur les individus, ce dernier type oubliant les aspects organisationnels et les conditions structurelles, ce qui a légitimé des interventions ou des programmes descendants (76) focalisés sur les carences individuelles (77). Sur le plan théorique, six perspectives de l'*empowerment* ont été identifiées dans la littérature : 1) conscientisation (années 1970), 2) féminisme (années 1970), 3) habilitation (années 1980), 4) capacités (années 1980), 5) environnementalisme (années 1990) et 6) responsabilisation (fin 1990) (78).

Cette thèse s'intègre dans une perspective environnementaliste. Selon cette dernière, l'*empowerment* repose sur quatre dimensions structurantes de l'intervention sociale : appropriation du pouvoir (accès aux ressources individuelles et collectives pour réaliser un changement souhaité), conditions requises (prise en compte du contexte, développement d'une démarche de conscientisation), rôle des intervenants (posture d'accompagnateur auprès des usagers et de médiateur auprès des autres intervenants), finalités (avoir un plus grand contrôle sur ce qui compte pour l'utilisateur et pour sa communauté) (78).

Ce travail de recherche s'inscrit donc dans une vision globale de l'*empowerment*. C'est « *le renforcement des ressources individuelles et collectives pour améliorer l'efficacité et l'équité du contexte organisationnel et institutionnel qui pèse sur l'utilisation de ces ressources* » selon la Banque Mondiale (79). Ainsi les travaux fondateurs de l'*empowerment* en distinguent trois types : individuel, collectif (aussi évoqué sous le terme de communautaire) et organisationnel (56,80). L'*empowerment* ne peut donc pas être pris uniquement sous l'angle individuel, mais nécessite de prendre en compte les deux autres (collectif et organisationnel), le tout dans un environnement capacitant.

L'*empowerment* individuel se caractérise par la conscientisation par les personnes de leur vécu, de leurs ressources, de leur environnement et de leurs compétences. Il leur permet de construire des compétences, de développer une conscience critique, d'être moteur dans la prise d'initiative mais aussi de gagner en confiance en soi (81). C'est un processus proactif

centré sur les forces et les droits plutôt que sur les déficits ou les besoins (82,83). L'objectif est d'augmenter la capacité des personnes à prendre des décisions qui les concernent.

L'*empowerment* collectif s'appuie sur la capacité des individus à s'entraider et renvoie au « *moyen par lequel des communautés augmentent leur pouvoir collectif* » (81). Il repose sur 5 composantes : 1) la participation équitable de tous les membres du collectif ; 2) la connaissance et la reconnaissance des forces du milieu ; 3) la communication, qui correspond à l'expression de tous les points de vue ; 4) le capital communautaire, c'est-à-dire un sentiment d'appartenance à la communauté et à l'environnement et 5) la conscience d'une citoyenneté commune. Ce sentiment d'appartenance assure l'entraide sur le plan individuel et permet l'action sur des questions sociétales plus larges.

L'*empowerment* organisationnel a deux fonctions. D'une part, il correspond à un espace où les personnes ou les collectifs mettent en communs leurs capacités et leurs ressources conduisant ainsi au développement de la compétence organisationnelle. D'autre part, il correspond au lieu d'*empowerment* des personnes qui y participent. Il se caractérise par 4 dimensions : 1) la participation (participation de l'organisation aux instances qui la concernent), 2) les compétences (mises à disposition par les individus membres de l'organisation), 3) la reconnaissance (par l'organisation de sa légitimité et de ses compétences) et 4) la conscience critique (capacité d'analyse et de clarification des enjeux de l'organisation).

L'environnement capacitant désigne un environnement qui est porteur de capacités pour un individu ou un collectif. Il leur permet de développer leur pouvoir d'agir en mettant à disposition des individus des ressources et en leur permettant de les utiliser (84). Il vient compléter l'*empowerment* collectif et organisationnel en invitant à agir sur les déterminants de santé autres qu'individuels (57,66). Il comprend ainsi une dimension de formation des professionnels afin qu'ils soient en mesure d'encourager, d'accueillir l'autonomie des personnes accompagnées notamment en les aidant à avoir accès aux ressources auxquelles elles aspirent (66).

c) La recherche qualitative abductive comme support du pôle morphologique

Au niveau de la méthodologie, le paradigme constructiviste radical ou pragmatique offre une grande souplesse. L'objet de la recherche est de comprendre le sens de l'expérience vécue par les référents du projet (comment ils pensent, parlent et agissent) et de se

positionner dans un contexte, celui du projet ACESO (85). Le choix de la méthodologie de recherche s'est donc naturellement porté sur une recherche qualitative compréhensive. *« L'objectif d'une recherche qui s'appuie sur une méthodologie d'analyse qualitative n'est pas de produire des résultats susceptibles d'être généralisés à l'ensemble de la population. Les personnes enquêtées n'ont pas vocation à être représentatives d'une population, sortes de portraits robot simplifiant la complexité de ce que sont les individus. De la même manière, l'analyse n'a pas pour finalité de simplifier des phénomènes mais de révéler la complexité des phénomènes à l'œuvre, d'en montrer les mécanismes, les logiques, les consubstantialités, les connexions et imbrications et éventuellement les liens de causalité. Cette posture a enfin aussi des incidences sur les modalités de collecte et les outils utilisés »* (Balard, Kivits, Schrecker, Volery, 2017) (86).

Les démarches de définition du sujet, de problématisation, de revue de la littérature, d'enquête et d'analyse ont été pensées en simultané. Ceci a permis d'adapter la problématique de recherche en fonction des données recueillies et de proposer des connaissances qui fassent sens pour les participants à la recherche et soient en adéquation avec leur vécu (et non pas avec l'idée que le chercheur se fait de leur vécu). Ce type de recherche permet de tenir compte de la subjectivité et de la singularité des participants au projet pour construire de la connaissance et à la chercheuse d'être impliquée (la chercheuse identifie les tensions pour les prendre en compte, ce ne sont pas des biais).

Si la recherche compréhensive est souvent associée à la recherche qualitative inductive, dans notre travail la phase d'induction a permis d'initier le processus de recherche mais c'est le choix d'une méthodologie abductive qui s'est imposé. En effet, il est *« illusoire de chercher l'induction exclusive. Toute démarche de compréhension implique des moments de déduction logique »* (87). De plus, certains auteurs associent la démarche de théorie ancrée constructiviste comme ayant des moments de déduction ou une démarche abductive (88–90).

L'abduction (Peirce, 1882) est une méthode de théorisation qui est imbriquée dans le processus de recherche. Ce n'est ni une prémisse ni un résultat, c'est une méthode de recherche qui nécessite des allers-retours constants entre les données et les construits réalisés (87,91,92). Ainsi l'abduction conjugue à la fois des temps d'induction (l'utilisation inférentielle des théories) et de déduction (théorisation fondée sur les données empiriques) (87,93). L'abduction, sert à identifier l'explication la plus plausible, soit la plus simple et la

plus esthétique possible. La boucle itérative induction/abduction/déduction constitue une trame générale dans laquelle le raisonnement abductif tient une place centrale (94). L'intérêt de la démarche abductive est que, contrairement à l'induction, elle ne se focalise pas uniquement sur la recherche de similarités mais repose sur la comparaison entre les données empiriques pour construire des hypothèses, identifier des causes possibles pour les phénomènes observés. La phase déductive a pour but de déterminer si les mécanismes identifiés par le raisonnement abductif expliquent bien l'ensemble des phénomènes observés et cela pendant toute l'étude.

Ainsi l'abduction joue dans la construction des premières hypothèses en lien avec la littérature, car les hypothèses ne sont pas déterminées a priori mais se formulent chemin faisant à partir des données de terrain. Elle participe au processus d'ancrage des données. L'abduction est un mode de raisonnement qui prend en compte l'ensemble des données comme des signes dont la signification nous échappe encore. Pour essayer de faire sens des données, il est nécessaire de poser successivement des hypothèses, non initialement préétablies, pour trouver la plus plausible. Reasonner par abduction, c'est proposer des règles qui temporairement ne sont pas vérifiables, mais que le travail de recherche va permettre de vérifier ou non. Dans le cadre de ce travail, pour construire la théorie d'intervention mise en place au sein du projet ACESO, l'abduction supposait de discuter avec les référents des différentes hypothèses progressivement élaborées par le chercheur à partir des premières analyses de données, ce qui permettait de vérifier l'exactitude des données recueillies et celle de leur analyse.

La perspective pragmatiste de Charles Sanders Peirce est au cœur des fondements épistémologiques constructivistes. En effet, pour celui-ci « *la réalité est construite par les énoncés du langage, et ces énoncés sont produits par des hommes qui parlent leur langue, dans la communauté humaine* » (Moreau, Lesterlin, Beauchesne, 2004) (95,96). Le choix de l'abduction s'inscrit dans la lignée de pensée de ce philosophe.

Dans le processus d'abduction selon Charles Sanders Peirce, la réalité est construite par le biais d'un consensus (à un instant donné) de la communauté. La réalité est donc « *située dans un futur indéfini* » (96). La réalité se construit donc selon un processus d'interactivité constant en lien avec le reste du collectif. La recherche n'est plus la vision unique du chercheur mais une négociation de la réalité avec les membres du collectif.

Charles Sanders Peirce nous met cependant en garde, car ce type de posture peut conduire à avoir une vision utilitariste de la recherche et une visée de manipulation. La recherche peut être mise en avant de manière à servir l'intérêt du chercheur, du collectif ou dans le cas de notre recherche celle du porteur de projet qui finance la bourse CIFRE. La démarche abductive impose de se positionner de manière désintéressée vis-à-vis de la recherche. « Les seules inférences valides ne peuvent viser que l'universel » (96).

Dans le cadre de notre travail, une double visée utilitariste a pu être identifiée : celle de validation du parcours doctoral et celle de vouloir valoriser le travail du porteur de projet ou du collectif ACESO. La juste posture a été permise grâce au positionnement CIFRE. En effet, ce sont les présentations et les discussions autour des données avec trois acteurs différents, c'est-à-dire les référents d'ACESO, le Pôle de Ressources en ETP et le LEPS (voire quatre si nous prenons en compte la doctorante) qui ont permis de négocier la réalité auprès d'acteurs ayant des intérêts divergents. Le laboratoire de recherche avait un rôle central puisqu'il était un membre du projet plus indépendant qui permettait de valider le degré d'universalité des connaissances. De plus, la construction de la théorie d'intervention en lien avec la littérature permet de généraliser les résultats pour les adapter à d'autres contextes.

d) La participation et la réflexivité prévalant au pôle technique

La méthodologie de recherche est au cœur de l'analyse. La réflexion sur sa démarche de recueil de données y est centrale car elle donne accès au matériel et en garantit la qualité. L'objectif du travail de recherche était d'observer les effets du projet sur les référents et leur organisation, donc d'observer les interactions et de rencontrer les référents et leur équipe là où ils se trouvent, tout en faisant en sorte que ces observations soient acceptées et jugées convenables pour les personnes observées pour ne pas modifier les interactions et les pratiques. Trouver la juste posture et la bonne place n'est pas un exercice facile (86). Penser sa posture de recherche a été un élément central tout au long de son déroulement, mais cela ne va pas de soi.

La place du chercheur au sein du collectif comme partenaire à part entière, est à double tranchant. La posture participative permettait d'avoir des rapports privilégiés avec les référents et les organisations. Elle aide à « comprendre en finesse l'univers symbolique

des catégories utilisées par les personnes étudiées » et à développer une « sensibilité qui ne peut souvent être acquise sans une familiarité prolongée avec cet univers symbolique » (86). En contrepartie, elle nécessite que le chercheur maintienne une distance critique (être dans le collectif mais aussi garder une extériorité vis-à-vis de celui-ci). Cette posture n'est pas sans créer des tensions car il est nécessaire de garder une analyse critique tant vis-à-vis de ses propres préjugés que vis-à-vis de ceux du groupe (pour ne pas avoir tendance à aller dans le sens de l'idée du groupe). Cette double réflexivité est aidée par le co-encadrement de la thèse. La direction de la thèse étant menée par un laboratoire de recherche, et les temps de mise à plat de la recherche y prenant place, cela favorise la prise de recul par rapport au terrain. Les données de terrain étaient présentées aux directeurs de thèse (et une fois par an à tout le laboratoire lors d'un « état d'avancement de thèse ») et des réunions régulières permettaient à la fois de favoriser la prise de recul, de faire émerger de nouvelles pistes de réflexion et d'analyser des données sous un autre prisme (97).

D'autres tensions émanent de la posture participative. Le monde de la recherche en santé a encore une vision majoritairement positiviste/post-positiviste et quantitative du travail de recherche. La neutralité et l'objectivité restent encore des concepts clefs. La santé publique n'y fait pas exception, dans la mesure où l'essai contrôlé randomisé, censé garantir le niveau de preuve le plus fort, reste synonyme de haute qualité. Pourtant, la posture participative a de nombreux avantages. Elle permet de créer des liens de confiance avec les membres du projet qui sont ainsi prêts à parler de leur expérience plus librement (des points forts mais aussi des points faibles), d'avoir accès aux échanges formels et informels et surtout de mener de nombreuses observations. La contrepartie est qu'il est nécessaire de négocier son sujet de recherche qui doit à la fois correspondre aux attentes des référents, au porteur de projet et aux chercheurs. Ce processus de négociation ajoute du temps à la recherche (80-81).

Cependant, il serait illusoire de croire que la seule participation permet de nouer le lien de confiance, surtout quand la recherche participe à l'auto-évaluation d'un projet de cette envergure. L'évaluation reste en effet dans la vision générale, un processus normatif et non un processus formatif. Nouer le lien de confiance prend du temps. Il a été favorisé par la présence de la chercheuse tout au long du projet, par la réalisation d'un travail de mémoire de Master 2 en amont de la thèse et par une restitution régulière des données pour montrer que les propos étaient mobilisés fidèlement (avec un accès possible aux retranscriptions des

entretiens à la demande des référents ou de leur organisation). Cette présentation des données permettait aussi de réduire le sentiment de trahison des acteurs qui peut émerger dans ce type de recherche (100).

Même s'il a été mis en avant que la neutralité du chercheur face à son objet de recherche est rarement possible (99,101,102), il reste souvent nécessaire de justifier les postures participatives et la méthodologie associée. La posture requise nécessite aussi de développer des compétences : la réflexivité, la démarche itérative et la démarche participative. La réflexivité demande un effort constant de réflexion centré sur ses propres actions. Il est nécessaire de penser aux impacts qu'a pu avoir le chercheur sur le lieu de recherche mais aussi d'identifier ses biais cognitifs (ses lunettes sur le monde) (86). Le processus itératif, se caractérise pour sa part par un va et vient entre les actions réalisées (les nouvelles données recueillies) et les résultats antérieurement obtenus. Enfin, la démarche participative passe par l'implication des participants au projet pouvant questionner ou corriger les données et leur analyse (voire faire à cette occasion émerger de nouvelles données). Si les écrits méthodologiques évoquent souvent cette démarche, la mise en pratique (surtout vis-à-vis de la réflexivité) reste plus floue. Le développement de la réflexivité a été favorisé par la rédaction de portfolios au sein du LEPS pour la formation doctorale et par le choix de la méthode, décrite ci-dessous.

Une autre limite souvent évoquée est le caractère très contextuel des démarches participatives qui limite la généralisation et la transférabilité des résultats.

La recherche se situe au sein d'une structure et vise à analyser la démarche mise en œuvre par celle-ci et ses effets. Elle est proche de ce qui est décrit en gestion comme étant de l'ordre d'une recherche-intervention. C'est cette méthodologie qui nous a permis de réduire les tensions évoquées ci-dessus. En effet, la recherche-intervention en gestion est ancrée sur le terrain et sa méthode se revendique interactive (interaction entre le chercheur et les acteurs de terrain autour d'une problématique et de sa résolution) et transformative (les interactions vont transformer les pratiques, améliorer la performance des processus de gestion, et transformer les connaissances) (99,103). Il s'agit de construire des connaissances pour et par le commanditaire et la science, dans une logique transformative. Le chercheur accompagne le changement au sein de l'organisation et la production de connaissances (99).

La validité scientifique peut ainsi être garantie par trois principes épistémologiques constituant le cadre d'analyse : le concept d'interactivité cognitive, le principe

d'intersubjectivité contradictoire, le principe de contingence générique (99). Le concept d'interactivité cognitive correspond à la confrontation et à l'interaction du chercheur avec les acteurs de terrain. Il s'agit d'un temps d'extériorisation qui peut être oral ou écrit (99,104). L'intersubjectivité contradictoire est une réponse à l'impossible objectivité du chercheur. La représentation du réel est construite par la confrontation de l'ensemble des subjectivités des acteurs permettant la mise en évidence de divergences ou de convergences (99,104). Edmund Husserl, cité par Nathalie Krief et Véronique Zardet (2013), précise que l'objectivité naît par intersubjectivité répliquée (99,105). Enfin la contingence générique correspond à l'articulation entre les connaissances génériques apportées par le chercheur et les connaissances contextualisées et spécifiques du terrain. Ainsi, « *les données qualitatives sont injectées dans des protocoles qui visent à produire de l'interactivité cognitive, de l'intersubjectivité contradictoire et de la contingence générique* » (99).

III.2 Méthode

III.2.1 Une méthode empruntant à l'ethnographie

L'ethnographie se distingue des autres méthodes d'enquête par six caractéristiques combinées qui lui sont propres (106) :

- 1) Un séjour prolongé au sein de la communauté observée permettant le recueil de données par des observations participantes ;
- 2) Une étude des activités quotidiennes ;
- 3) L'intérêt de la recherche pour le sens donné par les acteurs à leurs actions ;
- 4) Une production de comptes-rendus priorisant la contextualisation et la cohérence interne des phénomènes étudiés ;
- 5) Une construction progressive du cadre interprétatif (absence d'hypothèse préétablie) ;
- 6) Une présentation des résultats d'interprétation alliant narration, description et conceptualisation théorique.

Si la méthode ne peut pas se revendiquer comme strictement de l'ethnographie puisqu'elle ne se centre pas sur les activités quotidiennes, l'ensemble des autres caractéristiques sont présentes, inscrivant ce travail de recherche dans une méthode empruntant à l'ethnographie. L'intérêt pour ce travail de mobiliser l'ethnographie est de

donner la parole aux participants au projet dans leur contexte et qu'ils puissent raconter leur expérience au sein du projet (107). Elle permet de regarder avec finesse les phénomènes sociaux (108) se déroulant dans notre cas au sein d'une communauté de pratique en tenant compte de la culture de chacun des référents et de leur organisation.

a) Une recherche située

« *C'est parce que je renonce à mes intérêts propres que ma recherche de la réalité a des chances de réussir* » (Moreau, Lesterlin, Beauchesne) (95,96). Ainsi, notre vision de la démarche de recherche est que la recherche, ce n'est pas découvrir tout, tout seul, et qu'il est indispensable de s'appuyer sur ce que les autres ont découvert. Dans leur ouvrage « *Le Monde de Darwin* », les auteurs présentent un environnement d'éducation sur Internet pour aider des enfants à développer leur esprit scientifique (109). Leur approche socio-constructiviste de la science retient notre attention car la science y est décrite comme une affaire collective, une activité engageante et une démarche qui progresse par le questionnement. L'affaire collective renvoie à la construction active de nouvelles connaissances. La connaissance n'est pas produite par le chercheur mais par la réorganisation des pensées de tous les membres du collectif. Elle est une activité engageante, car lorsqu'on écrit sur un ensemble d'acteurs et de pratiques complexes, cela suppose aussi un engagement auprès des acteurs. Une situation très contextualisée nécessite donc un engagement méthodologique rigoureux. L'engagement est d'autant plus important que la connaissance a pour finalité de devenir un outil pour mettre en place d'autres projets. Enfin, le questionnement est au cœur de la recherche car il permet de favoriser la réflexivité du chercheur mais aussi l'émergence des hypothèses de travail (par induction ou abduction), celles-ci n'étant pas préétablies au lancement de la recherche. Dans le cas de notre travail, le fait que le développement de la connaissance se soit fait en interaction avec l'environnement et les référents a favorisé la réorganisation de tout le collectif autour de la connaissance en construction et donc en a favorisé l'appropriation et la validité.

III.2.2 Une posture émique

Afin de clarifier notre posture de recherche, il convient de préciser que participer à un projet de transformation des pratiques ne veut pas dire être un chercheur dans l'action mais un chercheur qui apprend à réfléchir sur les enjeux de sa recherche pour les acteurs. Ainsi « *l'enquête n'est pas simplement l'enregistrement des données, mais que les données*

sont à relier à la situation d'enquête, à l'interaction entre enquêteur et enquêté » (Winance et Fournier, 2016) (86). À ce titre, notre posture de recherche ne peut être qu'une posture émique, c'est-à-dire une posture de recherche qui considère que « les personnes enquêtées sont détentrices d'un savoir qui leur est spécifique du fait de leur vécu de la situation investiguée » (Balard, Kivits, Schrecker et Volery, 2016) (86). La personne dite investiguée est alors un informateur et non pas un simple objet investigué.

III.2.3 Le processus itératif inhérent à une recherche compréhensive

La démarche compréhensive a eu une importance particulière dans cette recherche. Elle s'est conduite de manière progressive et cela dès la définition du sujet et de la problématique. Ainsi, la définition de la problématique a été progressive et a duré tout le long du projet. L'explicitation a joué un rôle central dans le processus de recherche. Elle fut la garante de la rigueur attendue et garante de la cohérence de la recherche. Elle a permis de réinterroger les liens entre les données recueillies, les données analysées et la problématique. L'explicitation a aussi aidé au travail itératif et circulaire de la recherche (86,110). Tout au long du processus de recherche, des choix ont été faits, sur les plans théorique et méthodologique. Il fut nécessaire de les expliciter afin de les rendre transparents et de dissiper le « *flou du terrain* » (86,111). L'ancrage est un ancrage dans les connaissances existantes. En santé, il est souvent nécessaire d'élargir ses lectures à d'autres domaines des sciences sociales mais aussi de discuter avec des chercheurs d'autres disciplines. Dans le cadre de cette thèse, le travail d'élargissement a surtout reposé sur des lectures dans les disciplines des sciences humaines que sont les sciences de l'éducation et les sciences de la gestion et du management.

Le déplacement, lui, correspond à la déconstruction de l'objet et sa remise en question (par le terrain et par la littérature). C'est une étape de rupture à l'attendu qui peut être déstabilisante mais qui a un intérêt majeur dans les recherches qualitatives compréhensives. Le déplacement repose notamment sur la confrontation entre les données de la littérature et le terrain. Dans le cadre de notre recherche, la confrontation avec le terrain, la littérature et d'autres chercheurs particulièrement ceux du LEPS, a joué un rôle central dans ce processus de déplacement. La démarche compréhensive vise à laisser la place aux participants, ici aux membres du projet ACESO, de faire entendre leur parole et leur perspective. Le processus de recherche est similaire au processus de problématisation, il est

itératif. Ainsi le recueil des données a duré pendant les 3 ans de thèse. Cela a permis d'actualiser les données et leur analyse tout au long du travail.

III.2.4 La mise en place d'une démarche abductive

Selon Charles Sanders Peirce, l'abduction nécessite de nombreux ressorts dont la co-responsabilité de la recherche, l'engagement dans l'action motivée par les résultats de la recherche (pour se positionner de manière désintéressée par rapport à la recherche), la formulation successive d'hypothèses, qui ne sont pas préétablies au lancement de la recherche mais se construisent progressivement à partir de l'analyse des données, et la critique des faits (96). Il est intéressant de souligner que l'abduction valorise aussi deux compétences souvent mises de côté et que nous allons détailler ci-après : la sérendipité et la créativité.

a) La sérendipité au cœur de la recherche

La sérendipité a été décrite par Horace Walpole en 1754 comme "*Making discoveries, by accidents and sagacity, of things they were not in quest of*" (« faire des découvertes, par hasard et sagacité, de choses qu'ils ne cherchaient pas » -traduction libre-) (112). Si la sérendipité est souvent définie comme une erreur, un coup de chance, ou une circonstance inattendue, elle ne se présente pas à tous les chercheurs ou à chaque fois, et il ne faut pas oublier qu'elle n'est possible que pour un esprit préparé pour être en mesure de recevoir et d'apercevoir l'inattendu. Ainsi, selon Olivier de Sardan, « *une problématique initiale peut, grâce à l'observation, se modifier, se déplacer, s'élargir. L'observation n'est pas le coloriage d'un dessin préalablement tracé : c'est l'épreuve du réel auquel une curiosité préprogrammée est soumise. Toute la compétence du chercheur de terrain est de pouvoir observer ce à quoi il n'était pas préparé* » (113). Ces faits inattendus, pour un chercheur créatif, sont générateurs d'hypothèses inattendues identifiées à partir des données de terrain (« *la sérendipité est une capacité multiforme de découvrir, d'inventer, d'imaginer quelque chose de nouveau à partir d'une observation surprenante, en tirant profit de circonstances imprévues, et qui ne correspond pas à un plan prédéterminé* ») (112). Cette démarche inductive a une place centrale dans le processus d'abduction (95,96).

La sérendipité repose sur l'observation inductive. L'observation est ainsi au cœur des recherches. De plus, l'observation est reconnue comme centrale à la fois dans les démarches abductive et compréhensive. C'est d'ailleurs l'une des plus longues traditions de la recherche qualitative (86). Son importance n'est donc pas à négliger. Dans la démarche abductive, l'observation a sa place comme acte scientifique. Elle n'est pas passive et ce n'est pas une « activité de l'habitude » ; elle permet de proposer une interprétation des données. L'observation ne repose pas sur un jugement uniquement perceptif car il y a un va et vient entre la construction des hypothèses, qui se construisent à partir des premières analyses, et leur vérification (96). Dans une démarche de type compréhensif, elle permet des observations « in situ ». Selon Everett Cherrington Hughes, le travail de terrain se définit par « *l'observation des gens in situ : il s'agit de les rencontrer là où ils se trouvent, de rester en leur compagnie en jouant un rôle qui, acceptable pour eux, permette d'observer de près certains de leurs comportements et d'en donner une description qui soit utile pour les sciences sociales tout en ne faisant pas de tort à ceux que l'on observe. Même dans le cas le plus favorable, il n'est pas facile de trouver la démarche appropriée* » (Hughes cité par Winance et Fournier, 2016) (86,114). L'observation nécessite ainsi de prendre une place qui fasse sens pour le collectif et aussi, selon Howard Becker, de s'engager dans un réel apprentissage culturel pour « *pouvoir analyser et rendre intelligibles les pratiques observées du point de vue de ceux qui les vivent* » (86,115).

Dans le contexte du projet ACESO, c'est par sa participation au projet que la place du chercheur fut acceptée au sein du projet. « *Par participation, il faut entendre le mode de présence du chercheur au sein du milieu observé* » (116). L'observation participante se caractérise par une immersion totale du chercheur dans son terrain de recherche pour en saisir la subtilité. Il y est fait le choix de vivre la réalité des participants de la recherche pour identifier les effets et les mécanismes qui seraient difficilement identifiables pour un chercheur extérieur. Ce choix de recueil de données est fait en conscience des risques de manque de recul vis-à-vis du terrain vis-à-vis desquels la doctorante doit rester vigilante. La prise de recul a été favorisée par la présentation régulière des données et de leur première analyse à des chercheurs expérimentés et extérieurs au terrain : les directeurs de thèse de ce travail de recherche. L'observation participante est une observation de longue durée (113). Par respect du terrain, il s'agit d'une observation participante dite ouverte (117), c'est-à-dire un type de participation lors de laquelle le chercheur revendique sa double position de chercheur et de participant.

b) La créativité et son importance dans la construction de la théorie

La construction d'une théorie ou d'un modèle correspond à une démarche de recherche par abduction. Les « *modèles sont tantôt des approximations à travers lesquelles les scientifiques élaborent progressivement des théories de certains processus, tantôt des situations simplifiées pour l'application d'une théorie générale* » (Patiño-Lakatos, 2019) (95,118). Paul Ricoeur met en lien le modèle et la métaphore dans *La métaphore vive*. Ainsi le modèle donne une vision de la réalité « comme », c'est une « *métaphore continuée* », c'est-à-dire un réseau complexe d'énoncés (95,119,120). Le modèle, tout comme la théorie, nécessite alors un mode de raisonnement qui dépasse les seules induction et déduction et, comme la métaphore, nécessite une pointe d'imagination et de créativité. La métaphore permet de raisonner de manière inventive et condensée à partir d'une information qui déstabilise un modèle ou une théorie déjà existants. Le raisonnement par métaphore (raisonnement de manière inventive et créative) favorise l'émergence de nouveaux modèles ou théories pour permettre de mieux comprendre des données qui n'avaient pas d'explication satisfaisante jusqu'alors. La théorie ainsi construite au sein du projet peut être validée auprès des participants au projet de manière déductive.

III.2.5 Le recueil des données

Les différentes étapes que nous allons présenter ont été réalisées de manière itérative. Il a été nécessaire de réaliser de nombreux allers-retours. Ainsi, si nous le présentons comme fixé dans un souci de clarté, le nombre d'étapes pour parvenir à la théorie n'était pas connu à l'avance, ni le nombre d'inférences à construire pour tenter d'expliquer les causes des faits observés.

Une première étape inductive a permis d'identifier des explications communes des référents sur le rôle joué par le Pôle de Ressources en ETP au sein du projet ACESO. La construction de la théorie d'intervention du projet prenant en compte ses effets et ses mécanismes a nécessité la construction de plusieurs hypothèses, non définies à priori, avant de parvenir à une théorie qui a été présentée et validée par les référents. Sa validation a conduit à l'utilisation de la théorie d'intervention pour la construction de l'auto-évaluation du projet.

a) Trois années d'observation participante

Comme nous l'avons évoqué, l'observation participante est un élément central de la collecte de données. Elle a eu lieu pendant 3 années (la dernière année ayant été consacrée à l'écriture du manuscrit). La participation était bidirectionnelle puisqu'elle a concerné les groupes de travail du projet ACESO et le quotidien de l'équipe d'animation du projet.

Les différents temps d'observation

Différents groupes de travail ont été mis en place au sein du projet de manière itérative et en fonction des besoins identifiés par les référents pour atteindre les objectifs fixés durant l'année à venir. Les groupes de travail étaient fixés lors des séminaires semestriels.

Les séminaires

Les séminaires avaient lieu deux fois par an. Ils avaient un double impératif : rassembler l'écosystème pour maintenir le lien au sein du collectif et faire avancer le projet pour atteindre les objectifs fixés annuellement. Les objectifs étaient de rassembler tous les référents et les organisations partenaires, de décider des grandes orientations du projet, de planifier la nature et la temporalité des prochaines actions pour atteindre l'objectif annuel du projet et d'évaluer les effets et objectifs atteints.

Les groupes de travail

Le projet est construit de manière participative et itérative en fonction des besoins exprimés par les référents du projet ACESO. Ces besoins sont de deux natures : favoriser l'avancement du projet et diffuser le projet au sein des organisations partenaires. Les groupes de travail sont donc des espaces servant à la réalisation d'actions qui permettent l'avancement du projet. Ils se réunissent durant une durée déterminée ou indéterminée en fonction de leur objectif. Le groupe de travail s'arrête quand l'objectif fixé lors du séminaire est atteint. Le rythme des rencontres est déterminé par les référents membres du groupe de travail. Il s'adapte ainsi aux disponibilités des référents impliqués. Les groupes de travail sont constitués sur la base du volontariat mais il est obligatoire que tous les référents soient inscrits à au moins un groupe de travail. Les dix différents groupes de travail sont : les « visites d'étonnement », le groupe « guide du routard », le groupe « communication », le comité de pilotage dit Copil, le groupe « budget », le groupe « auto-évaluation », le groupe « évaluation », le groupe « glossaire », le groupe « outils » et le groupe « bourse de situations

». Les sept premiers groupes de travail ont été lancés suite au premier séminaire du projet en janvier 2017. Les deux autres ont été décidés après le premier séminaire de 2018 (en juin). Pour faciliter le travail d'explicitation des groupes de travail « visites d'étonnement » et « bourse de situations », l'animation du projet a construit des trames d'explicitation qui visaient à les aider dans ce processus. Ces trames intégraient les questions principales auxquelles les référents et leur équipe auraient à répondre durant ces groupes de travail.

Le journal de bord

Dans un contexte d'immersion totale dans le terrain, le journal de bord est un allié dans la prise de recul. Il permet de noter ses réactions à chaud, ses émotions, ses questionnements, ses étonnements mais surtout d'y revenir plus tard et d'analyser autrement son expérience. L'écriture et la relecture du journal de bord permettent au chercheur de prendre conscience de ses attentes et de ses préjugés. Le journal nourrit la posture réflexive du chercheur en initiant un dialogue avec lui-même.

Le journal de bord a un contenu privé, ce qui est essentiel, permettant de consigner ses perceptions et ses émotions (111). Il est intéressant pour un chercheur de discuter de certaines de ses perceptions ou de ses récentes émotions avec d'autres chercheurs pour favoriser la réflexivité et éventuellement identifier ses représentations ou préjugés. Le journal de bord permet de sortir de l'action de recherche. C'est un mouvement de recul en deux temps, le premier étant celui de l'écriture qui permet de poser les émotions vives et chaudes et le second celui de l'observation. Le journal permet de requestionner la situation, son contexte, ses pratiques mais aussi ses choix. C'est une phase d'auto-évaluation du chercheur qui peut aussi retravailler sa posture de recherche. En partant de ce travail, il est alors possible d'identifier des pistes de travail ou de retourner vers les participants de la recherche. Le journal de bord n'est pas seulement maintenu lors des seuls temps de terrain : c'est un carnet qui suit le chercheur tout au long de son projet de recherche. De plus, la confrontation à d'autres chercheurs peut aussi conduire à des questionnements ou à des interrogations qu'il est nécessaire de noter afin de les garder en mémoire et de pouvoir les traiter avec le recul nécessaire. Le journal de bord a été un indispensable outil du travail de recherche : pour identifier et construire les compétences de recherche via un travail de réflexivité et pour recueillir du matériel de terrain. Le journal de bord est à différencier du carnet d'observation (spécifique aux observations de terrain).

Le cahier d'observation

L'importance de consigner les observations est majeure. Il est nécessaire de transformer « *les interactions pertinentes en données, c'est-à-dire d'en organiser la trace, la description, le souvenir sur le carnet de terrain, que ces interactions soient significativement dépendantes du rôle assigné à l'anthropologue dans le jeu local ou qu'elles ne le soient guère* » (De Sardan, 2003) (113). C'est ce à quoi sert le cahier d'observation qui est un véritable « outil professionnel de base » permettant la conversion de l'observation en données mobilisables pour la recherche. Nous souhaitons partager notre expérience du terrain sur l'utilisation du cahier d'observation. D'après notre constat, il n'est pas toujours possible de noter les observations directement quand elles se produisent. Arrêter l'action pour la transcrire pourrait avoir un effet négatif sur l'action ou limiter les interactions. Dans certaines situations, le chercheur doit laisser temporairement son carnet d'observation de côté pour participer à l'action et noter les éléments importants a posteriori. Si cette méthode laisse de la place à la subjectivité du chercheur, cette dernière a été réduite grâce aux échanges avec les membres de l'équipe de coordination à propos de leur propre ressenti et de leurs perceptions après chacun des groupes de travail, ce qui a permis de compléter les informations et à certaines occasions d'avoir une autre vision sur l'action.

Les entretiens individuels et collectifs

Les entretiens venaient compléter les données d'observation. En effet, selon Lynda Sifer-Rivière (2016), « *si l'observation directe reste la méthode à privilégier pour étudier les pratiques et leurs dimensions informelles (Arborio, Fournier, 2015), l'entretien contribue à en enrichir la valeur informationnelle et cognitive (Schwartz, 1993), à éclairer les conduites individuelles et collectives, les formes d'action, les collectifs d'appartenance* » (86,121,122). Les entretiens individuels et collectifs ont été transcrits intégralement.

Des entretiens individuels ont été menés auprès des référents du projet ACESO. L'objectif de ces entretiens était de comprendre le sens que les référents donnaient à leurs actes et à leur activité au sein du projet et ce que cela a entraîné pour eux dans leur pratique et leurs activités quotidiennes. Les entretiens sont des situations d'interaction. Il a été choisi de mener des entretiens auprès des référents car le sujet de recherche est tributaire de leur expérience. L'entretien, même s'il correspond à un temps imprévisible (de par sa nature d'échange durant lequel le chercheur laisse de côté ses prénotions et préjugés), reste un temps prédéfini (définition des personnes interrogées, demande d'entretien, guide

d'entretien). Il a été nécessaire de construire des guides d'entretien. Ceci s'est fait en partenariat entre l'équipe d'auto-évaluation du projet et l'équipe de coordination. Ils avaient le double objectif de servir le travail de terrain de thèse et le travail d'auto-évaluation. L'idée n'était pas de suivre à la lettre le guide d'entretien mais de s'en servir comme support pour vérifier qu'aucune des dimensions de la grille n'avait été oubliée à la fin de l'entretien.

Cette manière de faire les entretiens nécessite de rester vigilant. En effet, le chercheur ne doit pas confondre entretien professionnel et entretien de recherche (86). Pour éviter cet écueil, les entretiens ont été menées en binôme. Le binôme pouvait être formé par les deux chercheuses de l'équipe d'auto-évaluation ou par la chercheuse (doctorante CIFRE) et un membre de l'équipe de coordination du projet. Cette méthode permettait à la chercheuse doctorante de rester axée sur les questions en lien avec sa recherche. Les thèmes évoqués, ont été prédéfinis à l'avance, ce qui définit ces entretiens comme semi-directifs. Les questions restaient cependant assez larges et ouvertes pour que les référents puissent évoquer leur propre expérience sans être influencés par les questions.

Le déroulement de l'entretien a été le suivant : présentation des chercheurs, rappel de l'objectif de l'entretien pour l'auto-évaluation et pour le travail de thèse, demande de consentement oral pour l'enregistrement, une fois l'enregistrement accepté le dictaphone a été enclenché. Des notes ont été prises durant l'entretien par la doctorante. L'intérêt de cette démarche est à la fois de noter des éléments pour favoriser la relance et de témoigner de l'écoute active (86).

Le guide d'entretien était composé de plusieurs axes : les apprentissages au sein du projet (définition de l'AAS et pratiques relevant de l'AAS), les compétences développées (postures, pratiques, missions), les relations (avec les autres accompagnants au sein de l'organisation et à l'extérieur, avec la direction de l'organisation et avec les personnes accompagnées), les changements observés dans l'organisation depuis la participation au projet (et ce qui pouvait être associé à la participation au projet ACESO), et sur les mécanismes identifiés comme porteurs des effets identifiés. Des questions complémentaires ont été ajoutées pour répondre à la commande d'auto-évaluation : sur le temps de travail pris de manière asynchrone sur le projet pour y participer (donc hors des temps de séminaires et des groupes de travail), sur les outils d'évaluation d'organisations partenaires (utilisation, utilité, temps nécessaire, ...) et sur leur attente par rapport au projet et à l'auto-évaluation.

L'entretien compréhensif n'est pas neutre ni objectif. Le chercheur doit oublier ses opinions et catégories de pensée. Il nécessite cependant de dynamiser l'entretien pour approfondir l'engagement du référent dans la situation d'enquête. C'est la confiance dans le chercheur qui permet de descendre d'un entretien en surface pour accéder à la vérité des référents (123) (par exemple : en tant qu'évaluateur nous nous sommes aussi permis d'évoquer, les points négatifs du projet ou ses limites).

Les observations faites lors des entretiens ont été notées sur le champ (si la situation le permettait) ou a posteriori dans le cahier d'observation si cela impactait les échanges. Ces prises de notes concernaient le contexte de l'entretien comme les différentes informations sur l'ambiance ou les informations spatio-temporelles qui pouvaient aider à comprendre l'entretien ou étant identifiées par le chercheur comme des données intéressantes pour le travail de terrain (par exemple : est-ce qu'à l'arrivée dans les organisations partenaires, les autres membres de l'équipe connaissaient le projet ACESO ? Est-ce que le référent nous a présenté aux autres membres ? Combien y a-t-il de personnes dans l'organisation ?). La quasi-totalité des entretiens se sont déroulés en présentiel.

Afin d'appréhender les changements dans les pratiques des référents et de l'organisation partenaire d'un autre point de vue, il a été décidé de faire des entretiens collectifs avec les équipes des organisations partenaires. L'idée de cette démarche était de voir si les équipes voyaient des changements dans la pratique du référent (que celui-ci n'avait possiblement pas identifiés) mais aussi de voir ce que les équipes connaissaient du projet et ce qu'éventuellement le projet avait pu apporter à leur organisation. De plus, l'entretien collectif est un élément important pour favoriser la prise de recul et le développement de la réflexivité. Il participait donc à appuyer le processus de réflexivité du référent vis-à-vis de ses pratiques.

Les entretiens collectifs ont aussi été réalisés en binôme, mais contrairement à l'entretien individuel, les rôles des deux membres de l'équipe d'animation étaient différents. La doctorante avait un rôle de chercheur-animateur des échanges. Ses missions étaient d'expliquer l'objectif du focus groupe (pour le projet ACESO et pour la recherche) et demander la permission d'enregistrement du focus group. Elle devait aussi instaurer un climat informel favorable aux échanges. C'est-à-dire avoir une posture empathique et une posture de « terrain » en adéquation avec les équipes interrogées. Le formalisme et le

langage protocolaire ont été évités pour faciliter les échanges. Les conditions devaient être propices aux échanges et pour cela il a été nécessaire de préciser le cadre. L'idée étant de valoriser l'émergence de tous les points de vue. Dans ce contexte, les équipes doivent se sentir libres d'exprimer leur désaccord car c'est avant tout les interactions qui sont importantes dans la dynamique des entretiens collectifs et non le collectif. Au besoin, la doctorante devait aussi veiller à l'équilibre et donner la parole à ceux qui n'avaient pas exprimé leur point de vue. Le second rôle, celui de la coordinatrice, était celui d'« assistant ». En effet, animer ce genre d'entretien demande une attention permanente de la part de l'animateur. Pour l'aider, il peut se faire seconder par l'« assistant » qui a un rôle majeur. Il prend note de l'ordre de prise de parole des différents participants (pour l'identification des voix lors des retranscriptions). Il prend les notes d'observation pendant l'entretien collectif. Il appuie l'animateur en cas d'oubli de certaines thématiques et gère l'enregistrement (86).

Comme pour les entretiens individuels, une grille a été rédigée pour préparer les entretiens collectifs. Les axes à aborder étaient les suivants : la définition de l'AAS et les pratiques pouvant être considérées comme de l'AAS (dont celles de l'organisation), l'évolution des pratiques de l'organisation et la place de la personne accompagnée dans l'organisation, l'identification de changements dans la pratique du référent, la connaissance du projet ACESO (ce que savent les membres de l'organisation et comment ils ont eu les informations), à quoi ils associaient des changements identifiés et enfin comment pouvions-nous les aider pour diffuser le projet au sein de leur organisation.

Les documents du projet et des organisations partenaires

Le travail documentaire s'est surtout centré sur les documents coproduits au sein du projet. Cela comprenait les différents comptes-rendus depuis le lancement du projet, les ressources co-construites en son sein (dont les trames), sa charte, les e-books du projet et le manifeste. Ces documents ont été utiles pour identifier les effets du projet ACESO sur les référents mais aussi pour identifier les mécanismes mis en place dans les différents groupes de travail pouvant expliquer les effets observés. Ainsi, ont été mobilisés tous les documents fournis sur le site collaboratif. L'analyse a été centrée sur les données pouvant mettre en avant les mécanismes et les effets au sein du projet. Tous les documents étant des documents publics, il était facile d'y avoir accès.

Pour mieux comprendre le fonctionnement de chacune des organisations partenaires, les rapports d'activité mis en ligne ou ayant été récupérés lors des entretiens ont été étudiés. Il en a été de même pour les autres productions des organisations partenaires (livres, flyers, etc.). L'analyse de ces documents n'a pas pu être faite selon une logique avant/après la participation au projet mais il aurait été intéressant de voir les évolutions de ces documents selon cette perspective. Si nous n'avons pas pu mettre en place cette démarche, la lecture active de ces documents a été utile pour mener les entretiens et les focus groupe. Il a été possible d'identifier les différentes pratiques d'accompagnement de chaque organisation partenaire et d'analyser la descriptions qui en était donnée. Les documents ont aussi servi à identifier comment les actions des organisations partenaires ont pu évoluer, notamment lors des entretiens ou des bourses de situations. Les documents nous ont alors servi de points de repère à cet effet.

Les artefacts

La recherche a aussi porté sur les deux outils présents au sein du projet et leur évolution suite à la participation au projet ACESO. Les deux outils sont MICI Connect de l'AFA et ACX de l'association Cordia. La plateforme d'information MICI Connect vise à faciliter l'accès à l'information, aux conseils et au soutien pour les personnes malades atteintes de la maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique. C'est un accès à l'information direct et personnalisé pour aider à gérer la maladie au quotidien (droits, traitements, recettes de cuisines adaptées, etc.). Elle permet de suivre l'évolution de sa maladie en intégrant un carnet de santé digital où la personne malade peut rentrer des données comme sa fatigue, sa qualité de vie, etc. Elle met aussi en lien les personnes malades avec leurs pairs ou avec des professionnels de santé. Enfin l'outil propose un service de e-ETP et de e-accompagnement. ACX est une plateforme numérique d'aide à la co-construction et au développement du pouvoir d'agir. Elle vise à favoriser les échanges entre les professionnels de l'association et la personne accompagnée pour une co-construction du projet d'AAS. La personne accompagnée a un accès qui lui est propre et où elle identifie ses besoins et leur degré de priorité. Les professionnels de santé ont de leur côté aussi un accès à un espace qui leur est propre et où ils notent les besoins qu'ils ont pu identifier lors des échanges avec la personne. Enfin, l'outil sert de support à la négociation du projet d'accompagnement entre la personne accompagnée et les professionnels de santé.

Les données sur les outils ont été recueillies lors des présentations au projet. L'outil ACX a fait l'objet de 3 présentations dans le projet, ce qui a permis d'identifier ses

évolutions. L’outil MICI Connect a été présenté une fois au sein du projet puis son usage et son utilisation ont été repris lors des entretiens individuels.

b) Triangulations

Ainsi, durant la recherche, un grand nombre de données ont été recueillies : entretiens (individuels et collectifs), observations participantes, documents, entretiens et observations directes. Ces données font partie des sept sources de données (observations directes, entretiens, les notes prises par le chercheur (archival records) (données personnelles, lists, chart, etc.), documents, observations participantes, objets (Physical artifacts) qui permettent de trianguler les données selon Robert K. Yin (2012) (124). Cette diversité dans le recueil des données est centrale dans le processus de triangulation.

La triangulation est plus qu’une méthode de validation des données. Elle est mobilisée comme une stratégie de qualité (125). Ainsi, la triangulation n’est pas la convergence des données mais au contraire une combinaison de perspectives permettant d’avoir la vision la plus large de l’objet d’étude. Comme l’évoquent Sabine Caillaud et Uwe Flick (2016), « *chaque méthode est considérée comme une source supplémentaire de connaissances, comme un point de vue particulier sur l’objet. Les données s’accumulent donnant au chercheur une vision plus globale du phénomène étudié. [...]. Les contradictions entre les résultats issus de différentes méthodes ne sont dès lors pas une menace pour le chercheur, mais complètent sa compréhension du phénomène (Barbour, 2001). On parlera plutôt de combinaison de perspectives de recherche plutôt que de juxtaposition de paradigmes (Flick, 2011)* » (125–127). L’objectif de la triangulation n’est alors pas d’oublier son sujet de recherche lors de chaque recueil de données ou de valider les résultats obtenus lors d’un type de recueil de données. L’idée est de multiplier les méthodes pour multiplier les points de vue permettant d’avoir une vision plus globale d’un phénomène. C’est donc la métaphore de la cristallisation qui correspond à notre vision et utilisation de la triangulation. Laurel Richardson « *propose que l’imaginaire central pour la validité des textes postmodernistes n’est pas le triangle, un objet rigide, fixe, bidimensionnel. Je propose plutôt que l’imaginaire central est le cristal, qui combine la symétrie et les matières, les transformations, les multi-dimensionnalités, et les angles d’approche. Le cristal grandit, change, s’altère, mais n’est pas informe. Les cristaux sont des prismes qui reflètent les externalités et se réfractent en*

eux-mêmes, créant différentes couleurs, patterns et matrices, partant dans toutes les directions. Ce que nous voyons dépend de notre angle d'approche » (125,128).

Au sein de cette recherche et au vu de la complexité du terrain, trois types de triangulation ont été utilisés afin d'avoir la vision la plus complète possible de notre objet de recherche : la triangulation des données, la triangulation écologique et la triangulation des chercheurs.

Pour la triangulation des données, différentes méthodes de recueil de données ont été mobilisées : entretiens individuels, entretiens collectifs, observations. Ce qui correspond à une triangulation des méthodes de type inter-méthode (127). L'objectif est double. Le premier est d'évaluer si les résultats obtenus par une méthode de recueil convergent (117), c'est un critère de validité. Le second objectif est de s'intéresser aux données divergentes comme source de données supplémentaires et comme un critère de qualité (117). Elles viennent compléter la collecte des données pour donner une vision plus globale des phénomènes vécus au sein de la communauté. C'est ce second objectif qui nous a permis de mettre en évidence des niveaux de changement différents aux niveaux des apprentissages des membres de la communauté.

Pour la triangulation écologique, c'est la confrontation des données aux membres du projet qui a permis de confronter le recueil des données et leur analyse à ceux-ci et vérifier si l'analyse réalisée correspondait à l'expérience qu'ils avaient vécue au sein de la communauté de pratique. L'analyse qualitative comporte une part importante d'intersubjectivité qui provient des relations d'échange. En effet, chaque acteur a un point de vue qui lui est propre de par sa subjectivité (sa sensibilité théorique et expérientielle) (129). Afin de limiter notre part de subjectivité en tant que chercheuse en bourse CIFRE, la transparence envers les membres de la communauté de pratique nous a paru indispensable. Elle nécessite des allers et retours avec ceux-ci. Les échanges sont l'occasion de favoriser l'intercompréhension entre les membres de la communauté de pratique et la chercheuse. La triangulation écologique (130) a consisté en des retours auprès de ceux-ci de l'analyse des données et de leur interprétation. L'objectif était de vérifier si l'analyse conduite par la chercheuse correspondait bien à l'expérience vécue par les membres de la communauté. Ce temps de retour était aussi l'occasion de recueillir de nouvelles informations et permettait d'avoir une vision plus fine de l'objet de recherche. Deux séminaires ont pu être mis en place dans ce cadre. L'un a porté sur les apprentissages et les transformations des pratiques des

membres de la communauté (*empowerment* individuel et mécanismes d'apprentissage au sein du collectif). L'autre a porté sur les effets de la communauté sur les pratiques de l'organisation et sur le rôle de la structure d'appui comme tiers tercésiateur.

La triangulation des chercheurs est une technique qui consiste à croiser les points de vue de plus d'un chercheur. Elle est à prévoir au lancement de la recherche en prévoyant les temps de rencontre entre les chercheurs pour permettre de se distancier du terrain et de croiser les points de vue sur la recherche (131). Ainsi la triangulation des chercheurs permet de confronter les idées et les analyses afin de prendre en compte les différentes interprétations possibles pour une même analyse. Dans le cas de notre recherche, elle correspond notamment aux présentations de l'analyse des données à d'autres chercheurs lors des états d'avancement de thèse annuels au sein du LEPS, au comité d'auto-évaluation du projet ACESO, aux présentations des données aux directeurs de thèse et aux entretiens qui ont été réalisées en binôme. Cependant, cette triangulation a été uniquement fait en amont de l'analyse des données (recueil lors des entretiens) et après l'analyse (différentes présentations aux chercheurs). Il aurait été intéressant de réaliser aussi une triangulation au niveau de l'analyse, là où la part de subjectivité est la plus importante. Cela aurait pu se faire en réalisant un double codage, c'est-à-dire que deux chercheurs travaillant indépendamment sur l'analyse des données. Cependant faute de temps dans le processus de recherche qui devait répondre aux contraintes temporelles du projet, un double codage n'a pas pu être mis en place.

c) Analyse des données

La démarche inductive de type théorisation enracinée telle que décrite par Pierre Paillé a été choisie car elle était en adéquation avec la méthode abductive. Ainsi « *le chercheur ne se situe pas tant dans une démarche de codification d'un corpus existant (comme c'est le cas, par exemple, en analyse de contenu) que dans un processus de questionnement. Aussi apprécie-t-il la possibilité de vérifier, en entrevue ou lors d'observations, les hypothèses formulées à partir d'une première analyse du corpus déjà constitué. Le geste fondamental de ce type de démarche est une demande constante de compréhension : en interviewant, en observant, en lisant les transcriptions d'entrevues ou les documents recueillis, le chercheur est analyste et l'analyste est chercheur, tentant de toujours mieux comprendre, cerner, expliciter, théoriser le phénomène faisant l'objet de son*

étude, que celui-ci apparaisse dans ses données ou sur le terrain même » (Paillé, 1994) (132). Ainsi, elle a pour caractéristique principale de pouvoir mettre en place de manière simultanée le recueil et l'analyse de données. L'analyse débutait ainsi dès les premiers entretiens et les premières observations. D'abord élémentaire, l'analyse s'est complexifiée au fur et à mesure des entretiens et des observations. Les premiers éléments d'analyse permettaient ensuite d'orienter les observations et les entretiens. Les guides d'entretien ont été adaptés jusqu'à la fin du terrain. L'analyse en elle-même a compris les six grandes étapes décrites par Pierre Paillé (132) : 1) la codification (identifier tous les éléments du corpus initial en associant à chacun un code), 2) la catégorisation (identification des codes les plus importants), 3) la mise en relation (qui met en lien les différents codes entre eux et avec la thématique de recherche), 4) l'intégration, 5) la modélisation (tentative de reproduire les phénomènes analysés) et la 6) théorisation (qui est la « *tentative de construction minutieuse et exhaustive de la « multidimensionnalité » et de la « multicausalité » du phénomène étudié* » (Paillé, 1994) (132). Ainsi, a d'abord été mis en avant l'importance du rôle du porteur de projet du fait de son rôle d'animation et de coordination. Puis les résultats ont révélé son savoir-faire méthodologique spécifique indispensable à l'avancement, au maintien de l'engagement et à la participation dans le projet. L'analyse thématique des données a montré que le Pôle de Ressources en ETP avait un rôle de « tiers tercésateur » (133) au sein du projet ACESO. Ce rôle renvoie en particulier à une posture qui vise au développement de la réflexivité des tercésés (ici les référents) (134).

L'objectif de la thèse a été dès lors de caractériser la fonction tiers tercésateur du Pôle de Ressources en ETP au sein du projet et d'identifier les spécificités de cette fonction dans le champ de l'accompagnement à l'autonomie en santé, voire de la santé.

PARTIE IV : RÉSULTATS

IV.1 Préambule

Nous commencerons par décrire le projet et son fonctionnement (4.1) avant de mettre en avant ses effets (4.2) et la manière dont ils ont été obtenus (4.3).

Concernant la partie (4.2), elle caractérise les effets de la participation au projet, en partant du point de vue et de l'expérience des membres du projet (4.2). Pour ce faire, nous procéderons en deux temps :

- il sera proposé la lecture d'un article publié dans Santé Publique qui propose une analyse des effets sur les référents et les organisations partenaires du projet en s'appuyant sur l'expérience vécue par ceux-ci. Il sera aussi l'occasion de caractériser les processus à l'origine des apprentissages et transformations de pratique et d'identifier les facteurs facilitant ou limitant ces transformations.
- s'ensuivra une présentation de résultats préliminaires qui pointent des premiers effets chez les personnes accompagnées permettant d'identifier des facteurs favorables à leur obtention ainsi que d'élaborer une théorie de l'intervention.

La partie qui suit (4.3) est consacrée à la description du processus d'animation collective mis en œuvre par le porteur de projet pendant les cinq ans de l'expérimentation et à l'analyse de la profondeur des transformations en fonction des organisations partenaires. Nous procéderons à nouveau en deux temps :

- il sera exposé un article soumis à la Revue d'Economie et de Gestion en Santé qui décrit le processus d'animation du projet lui-même en mobilisant les concepts de communauté de pratique et de tercésiation ; il permet de compléter la théorie de l'intervention ;
- puis seront présentés des résultats complémentaires mettant en évidence des variations d'effets selon les caractéristiques des organisations partenaires qui laissent supposer l'existence de conditions d'efficacité des communautés de pratique.

IV.2 Analyse descriptive du projet

IV.2.1 Mise en place du projet ACESO

Pour parvenir à co-écrire une réponse à un appel à projet national, il a d'abord fallu rassembler les écosystèmes des deux porteurs de projet initiaux (celui du Pôle de Ressources en ETP et celui d'ICA) qui ne se connaissaient pas ou peu (même si quelques individus étaient membres des deux groupes). Une première étape fut d'identifier une problématique qui rassemblait toutes les organisations (futures organisations partenaires). Souvent les réponses aux appels à projet s'élaborent en interne ou en petit comité, par des personnes se connaissant préalablement. Là, il en a été autrement, toutes les personnes intéressées étant invitées à y contribuer. La problématique retenue devait être assez importante aux yeux de toutes pour fédérer et maintenir l'engagement sur une durée de 5 ans. Une journée de réflexion a été consacrée à partager les difficultés, les freins, les forces et les savoirs de chacun.

S'exposer, devant de possibles futurs partenaires, inconnus ou peu connus, est un exercice complexe. Pour aider à l'expression des difficultés et des besoins, les deux porteurs de projet de l'époque ont instauré une dynamique bienveillante durant la journée de réflexion et posé trois questions pour faciliter le travail d'explicitation : « en quoi l'accompagnement nous concerne ? », « qu'est-ce que nous voulons montrer ? » et « sur quoi pourrions-nous être évalués ? ». Ces questions avaient été choisies pour des raisons précises. La première permettrait de recueillir des informations claires sur ce que les organisations faisaient en termes d'AAS (connaissance de l'objet). La deuxième devait permettre d'identifier d'emblée les freins et les leviers à la collaboration au sein du projet (sur quoi s'appuyer pour impliquer les organisations : les envies ou les besoins de partage). Mais la dernière allait encore plus loin car il s'agissait de positionner déjà l'évaluation. L'évaluation est souvent un sujet sensible car associée à un jugement externe normatif. L'idée de cette question était aussi de montrer aux participants que l'évaluation serait pensée avec eux et cela dès le début du projet et pas lors de consultations de pure forme de l'ordre d'une participation alibi. De plus, il convient de souligner que ces questions n'étaient pas intrusives mais qu'elles interrogeaient les motivations à la participation et au partage. Cette journée de réflexion a posé les bases du projet ACESO. En effet, elle a permis de dépasser les appréhensions et les routines de travail habituelles pour tenter une aventure coconstruite autour d'un objectif commun, celui

d'améliorer les pratiques existantes pour développer des pratiques à visée d'*empowerment* des personnes accompagnées leur permettant de gagner en autonomie.

IV.2.2 Caractéristiques des groupes de travail

Le projet s'est construit chemin faisant avec les référents. Pour cela, différents groupes de travail ont été mis en place pour faire avancer le projet en fonction des besoins exprimés par les référents. Ils ont été mis en place progressivement tout au long des 5 ans du projet. Chacune de leurs rencontres a fait l'objet d'observations participantes et de recueil de données.

Les différents groupes de travail sont les suivants :

- visites d'étonnement
- guide du routard
- comité de pilotage
- groupe budget
- groupe « glossaire »
- groupe « auto-évaluation »
- groupe « évaluation »
- groupe « communication »
- groupe « outil »
- groupe « bourse de situations »

Visites d'étonnement

Participants : les personnes de l'organisation visitée (au moins le référent d'ACESO, les personnes en charge des actions d'accompagnement et un membre de la direction), deux ou trois référents du projet (appartenant à une autre organisation que l'organisation visitée, dits référents visitants), les chercheurs et au moins une des deux coordinatrices.

Nombre de visites : 16

Objectif : présentation de chacune des organisations partenaires lors d'une visite de leur local pour favoriser une meilleure compréhension des actions et de l'écosystème de chacune.

Méthode : les équipes devaient être présentes (et pas le seul référent). Une présentation de l'organisation (son histoire, ses actions d'accompagnement, ses missions, ses financements, ses usagers) et deux exemples de ses accompagnements emblématiques étaient demandés. Les organisations visitées devaient rendre une courte présentation écrite (dans un délai de 15 jours après la visite). Des référents visitants venaient assister à la présentation au sein des locaux. Ils avaient le choix de venir à la présentation de l'organisation partenaire de leur choix. Pour des questions de place et d'organisation, il n'était pas demandé que tous les référents du projet soient présents mais uniquement deux d'entre eux, les coordinatrices du projet et les chercheurs qui avaient comme commande de fournir un compte-rendu sous le format qu'ils choisissaient (audio, vidéo, texte, PowerPoint, dessin). Une place à l'art et à l'expression sous toutes ses formes était possible lors de ce groupe de travail. Ce compte-rendu n'avait pas pour objectif d'évaluer ou de juger les pratiques des organisations partenaires mais de mettre en avant les pratiques « innovantes » de chacune d'entre elles. La bienveillance était au cœur du processus puisqu'il s'agissait de favoriser la connaissance et la reconnaissance de chacun. Une trame de « visite » était fournie aux référents et à leurs équipes pour les aider dans ce travail. Une trame dite d'« étonnement » était donnée aux référents visitant l'organisation. Pour les référents visités, l'intérêt était d'identifier les pratiques d'accompagnement de leur organisation, donc d'initier une démarche d'analyse du travail de celle-ci. Pour les référents visitants, l'objectif était double : mieux connaître les autres organisations, leurs actions et initier une démarche d'analyse critique de leurs propres accompagnements.

Matériel recueilli : les textes de présentation des organisations visitées et les comptes-rendus d'étonnement des référents visitants.

Méthode d'apprentissage mobilisée : l'étonnement était utilisé comme un moyen d'apprentissage. Il venait bousculer les croyances antérieures. Ainsi, il a en effet été défini par Joris Thievenaz comme un moyen d'« éprouver les limites de ses connaissances » et de « s'engager dans une démarche d'acquisition de nouveaux savoirs et de transformation de soi » (135).

Effets : ce groupe a permis aux partenaires de se connaître et de recueillir un matériel concernant les différentes pratiques. Ce groupe de travail, en favorisant l'interconnaissance, a été à la base de la construction du collectif :

« Notre but, à partir des visites, est de partager ce que nous avons découvert et appris : après coup je trouve difficile de faire une synthèse d'autant que ma curiosité était très désordonnée de même que mes quelques notes. D'autre part, je n'ai pas pu (malgré le retard) consacrer le temps que j'aurais souhaité à la réflexion et à cette rédaction.

Je vous livre donc quelques-unes de mes impressions à l'état brut en souhaitant que ces réflexions seront (un peu) utiles. Si besoin d'affinage, je peux bien sûr répondre aux interrogations... J'ai beaucoup appris auprès de l'organisation visitée, j'ai été très souvent émue. C'était un grand plaisir de vous rencontrer. Je vous remercie. Et je reviendrai ... »
(extrait de note d'étonnement, directrice organisation 8).

Groupe « guide du routard »

Composition : 7 participants (4 référents [dont 2 directeurs d'association de malades, une salariée d'association de malades et une directrice d'association de professionnels], une coordinatrice du projet, 2 chercheurs).

Nombre de réunions : 4

Objectif : construction d'un ensemble de ressources pour aider les référents à se connaître et à connaître les actions des organisations partenaires.

Outils : construction des trames d'explicitation pour les « visites d'étonnement ».

Méthode : recueil de données de différente nature tout en laissant la place à la créativité. Il permettait la création de connaissance au sein du projet pour les référents mais aussi diffusable à leur équipe. C'est lors de ce groupe de travail qu'ont été coconstruites les trames d'explicitation pour les « visites d'étonnement ».

Matériel recueilli : construction d'une boîte à outils contenant : les "kits de découverte" des visites (ensemble des lettres d'étonnement, résumés des organisations partenaires visitées, photos, rapports d'activité et brochures recueillies lors des visites d'étonnement), une « valise d'accompagnement » (ensemble des idées mentionnées par les référents comme étant à mettre dans les pratiques d'AAS), et une vidéo présentant les phrases fortes entendues lors des visites d'étonnement.

Méthode d'apprentissage mobilisée : la créativité était utilisée comme un moyen d'apprentissage (136). La réunion autour d'un projet créatif permettait de collaborer autrement et de voir qu'il était possible de travailler ensemble mais aussi de développer une flexibilité cognitive (137) pouvant aider à la prise de recul et au développement de la réflexivité. En effet, selon Alain Pache et al : « la créativité est une capacité transversale qui favorise l'appropriation des concepts de l'éducation [en vue du développement durable] » (138).

Effets : construction de ressources et d'une vision commune autour de l'accompagnement grâce à la présentation des actions d'accompagnement de chacune des organisations partenaires :

« Partage des notes d'étonnement pour favoriser la production de savoir sur les associations. Le « kit de découverte » contiendra : - une présentation du principe des visites d'étonnement : écrite par la coordination d'ACESO et validée par le GT Guide du Routard ; - une présentation de l'organisation visitée : organisée par la coordination d'ACESO à partir des informations déjà existantes sur le « descriptif de l'organisation » (ce formulaire a été rempli par les organisations lors de la réponse à l'appel à projet) et qu'il faudrait actualiser ; - le résumé des situations d'accompagnement présentées lors de la visite ; - les notes d'étonnement. Une fois prêt, ce « kit de découverte » sera validé par le référent de chaque organisation qui devra autoriser (ou pas) le partage avec les autres participants d'ACESO » (compte-rendu Guide du Routard du Lundi 22 Mai 2017).

Comité de pilotage

Composition : 13 participants (8 référents [dont 1 salariée d'association de professionnels, 4 directeurs d'association de malades, 3 salariées d'organisation de soutien à d'autres organisations, 1 directrice d'association de professionnels], 2 chercheurs, 3 coordinateurs).

Nombre de réunions : 15

Objectif : appropriation du projet par ses participants. L'idée était aussi d'impliquer les référents dans le projet en leur ouvrant la gouvernance du projet.

Méthode : c'était les référents qui prenaient les décisions qui les concernaient. C'était donc faire expérimenter la gouvernance partagée par les participants du projet. La gouvernance partagée est un des indicateurs identifiés comme caractéristique d'un environnement capacitant (57).

Matériel recueilli : à la fin de chaque comité de pilotage, le compte-rendu de la réunion était envoyé aux référents et à leur organisation.

Concept d'apprentissage : apprentissage de la gouvernance partagée par son expérimentation.

Effets : les partenaires du projet prenaient les décisions qui les concernaient vis-à-vis du projet, de ses dépenses. Ce qui favorisait l'implication et la transparence vis-à-vis des ressources. Le financement de la participation a fait l'objet d'un point lors d'un comité de pilotage : « *Il est écrit dans le projet initial que les structures participantes ne sont pas rémunérées. Mais il est vrai que ce qui est produit collectivement peut aussi être valorisé financièrement. La question doit être réfléchie au fur et à mesure de l'avancée du projet.* » (Compte-rendu du Comité de Pilotage du 1 mars 2017).

Groupe budget

Composition : 8 participants (5 référents [[dont 2 directeurs d'association de malades, 1 directeur d'association de professionnels, 1 salariée d'organisation de soutien et 1 salariée d'association de professionnels], 2 chercheurs, 1 coordinatrice).

Nombre de réunions : 4

Objectif : gestion des ressources par les référents en fonction des dépenses qu'ils jugeaient importantes.

Méthode : le groupe a fonctionné uniquement lors des deux premières années du projet. Il se réunissait deux fois par an, souvent à proximité du copil pour valider les dépenses proposées par celui-ci. Le groupe de travail avait surtout un pouvoir de validation des décisions du copil. Il a été abandonné pour éviter une charge trop importante de travail. Ensuite, c'est le pôle de Ressources en ETP qui a été en charge de gérer le budget en fonction des besoins identifiés lors des copils et des séminaires.

Effets : la gestion des finances par les référents du projet a permis de favoriser la transparence dans le projet et de développer la confiance vis-à-vis du porteur du projet. C'est le groupe budget qui a déterminé la répartition du budget pour chaque année :

« Il est donc décidé d'expérimenter la valorisation de la participation de chaque structure à l'ensemble des activités d'ACESO :

-Les visites (visiteurs et visités) de 2017 et 2018.

-Les groupes de travail.

-Les séminaires.

-Toute réunion de travail supplémentaire dans le cadre d'ACESO (ex : Delphi évaluation).

Cette participation est fixée à 150 euros TTC, et est limitée à une seule participation et conditionnée à la présence physique. La mise en œuvre de cette rémunération se fera sur : - feuille de présence et/ou CR validé ; - les associations doivent faire leur déclaration par trimestre, faite par le réfèrent de la structure et comprenant l'ensemble des participations au projet. » (Compte-rendu du groupe budget pour déterminer le budget 2018 d'ACESO).

Groupe « Glossaire »

Participants : 8 (4 référents [dont 2 salariées d'association de professionnels, 1 directrice d'association de soutien à d'autres structures et 1 directrice d'association de malades], 2 chercheurs, 1 coordinatrice)

Nombre de réunions : 4

Objectif : construction d'une définition partagée de l'AAS

Méthodes de travail : ce groupe de travail est parti de données collectées lors d'un séminaire. Lors de ce dernier, les référents devaient donner 5 mots (verbes d'action) en lien avec l'accompagnement et 5 qui ne l'étaient pas, puis deux tableaux ont été réalisés avec ces mots : « l'accompagnement c'est » et « l'accompagnement ce n'est pas ». Ces deux tableaux sont consultables sur le site collaboratif du projet. Le groupe de travail « glossaire » s'est aussi appuyé sur la littérature (notamment le travail de Maëla Paul sur l'accompagnement). Il a donné lieu à la construction d'une carte mentale : « *l'accompagnement c'est/ l'accompagnement ce n'est pas* ». Celle-ci est composée de 3 parties : les principes et les valeurs de l'AAS, les moyens et les pratiques à mettre en place, et enfin les postures.

Méthode d'apprentissage mobilisée : la confrontation des visions et des définitions de l'AAS. Selon Marie-Louise Zimmermann-Asta, « *la confrontation interindividuelle est dynamisante. [...] La bataille d'idées qui naît de l'affrontement d'opinions opposées permet un dépassement de la pensée individuelle. Ce conflit cognitif crée des conditions propices à une décentration intellectuelle* » (139).

Outils : carte mentale « *l'accompagnement c'est/ l'accompagnement ce n'est pas* ».

Effets induits : ce travail a permis la construction d'une vision commune de l'AAS mais aussi de poser les balises de bonnes pratiques en lien avec l'AAS. La carte mentale a eu un effet de cohésion au sein du collectif car tous les référents avaient une vision partagée de l'AAS, ce qui a facilité la communication. Elle a aussi eu des effets au niveau des pratiques des référents et de leur organisation. Elle a été utilisée comme un repère de bonne pratique pour confronter sa pratique réelle à la pratique souhaitée (validation de certaines pratiques,

remise en question d'autres). Ce qui a permis aux référents de se rassurer sur leurs pratiques (« *je fais bien* ») mais aussi d'en requestionner d'autres (notamment en réinterrogeant l'évaluation des besoins des personnes). Au niveau des organisations partenaires, la carte mentale est un support à l'analyse de pratiques pouvant être utilisé lors des temps d'analyse de pratique ou lors des réunions et pouvant être affiché dans les bureaux. Elle était alors un moyen pour prendre du recul vis-à-vis des pratiques d'AAS au sein de l'organisation :

« Et j'ai choisi glossaire car c'est travailler sur une terminologie sachant que nous on est un peu éloigné de l'accompagnement direct, donc avec une approche particulière et tout ce qui est accompagnement et éducation thérapeutique. Pour moi ça reste assez vague et je trouve intéressant d'aller les creuser et je trouve intéressant qu'au sein du groupe, tout le monde ne soit pas d'accord sur ce qu'est l'accompagnement. Et j'ai été surprise lors de la première réunion glossaire, que des éléments qui pour moi étaient clairement identifiés comme accompagnement étaient remis en débat. L'accompagnement qu'est-ce que c'est, qu'est-ce que ça n'est pas, et je me rends compte que c'est des questions que je ne m'étais pas posées. De voir l'évolution de ce qui se passe dans le monde de la santé avec l'émergence des associations et de ce que je voyais arriver mais que je voyais plus comme des mots, « patient expert », « pair », « pair aidant », qui derrière recouvrent des notions différentes selon leur point de vue ou même entre les associations entre elles en fonction de si c'est un point de vue institutionnel. Et à l'ARS ces termes sont de plus en plus utilisés mais pas avec les mêmes implications que quand ça touche au quotidien » (entretien, directrice organisation 16).

Groupe « auto-évaluation »

Participants : 16 (13 référents [dont 1 directeur de structure de soutien à d'autres structures, 5 directeurs d'association de malades, 1 salariée de structure de soutien, 3 directeurs d'association de professionnels, 3 salariées d'association de professionnels], 3 chercheurs, 2 coordinateurs)

Nombre de réunions : 8

Objectif : construire collectivement l'évaluation du projet de manière inductive et itérative en identifiant les mécanismes et les effets du projet ACESO sur les référents et leur organisation. C'est donc identifier si la participation au projet a permis d'améliorer les pratiques d'AAS. Enfin, si l'avancement du projet permettait d'identifier de premiers axes d'*empowerment* des personnes accompagnées (en donnant des exemples). Deux axes d'évaluation ont été identifiés : les mécanismes de la démarche collaborative et participative, et ses effets sur les référents et les organisations partenaires.

Méthode : l'auto-évaluation du projet avait une visée formative et non normative. C'est-à-dire qu'elle incitait les partenaires au questionnement et à la réflexion. Elle devait aider à identifier le chemin déjà réalisé et le chemin qu'il restait à parcourir. Elle permettait aussi de faire remonter des attentes vis-à-vis du projet. Au vu de la complexité du travail, ce groupe a été remplacé par une équipe d'auto-évaluation. Celle-ci était en charge du recueil et de la pré-analyse des données qui ensuite était présentée lors des séminaires et adaptée en fonction des retours des référents. L'évaluation au sein du projet s'apparente à une évaluation participative dite de 5^{ème} génération du fait des propriétés suivantes : elle est intégrée à toutes les étapes du projet de sa définition à sa fin, elle est utilisée à des fins stratégiques qui servent le projet, elle est de nature participative, politique et éthique et enfin elle tient compte du fait que tout objet évalué est intégré dans un système social qui lui est propre (140). L'intérêt de ce type d'évaluation, selon Marie Bouchard et Jean-Marc Fontan (1998), est de « dépasser l'intérêt particulier et négocier autour de la question de l'intérêt général [ce qui] replace l'évaluation dans la sphère politique et signifie un saut méthodologique important » (141). Cette approche évaluative a pour objectif de permettre de « prendre en compte le caractère expérimental et novateur des projets évalués. Ainsi, le cadre d'évaluation doit analyser l'innovation sociale, et mettre celle-ci en relation avec les effets structurants de l'entreprise

sur son environnement (*capital social, modèle de développement, synergie inter-entreprises, etc.*) » (141). Cette vision nécessite que le cadre d'évaluation soit à la fois suffisamment standardisé pour comparer et mesurer des éléments entre eux mais surtout assez large et souple pour laisser place aux éléments novateurs pouvant émerger de projets (particulièrement de projets expérimentaux) et aux aspects qualitatifs du projet (141).

Matériel recueilli : les mémoires de Master 2 et le rapport d'auto-évaluation sont disponibles en ligne et consultables sur le site collaboratif du projet⁴.

Méthode d'apprentissage : l'évaluation formative est une démarche d'apprentissage qui s'inscrit dans le courant constructiviste. C'est un processus qui aide le référent à identifier ses apprentissages par la négociation des critères d'évaluation qui permettent de mesurer le chemin parcouru et le chemin restant, la valorisation des erreurs dans le processus d'apprentissage, et la réalisation d'entretiens d'évaluation pour aider le référent à prendre conscience de ses apprentissages (142,143).

Effets : ce travail a participé à l'avancée du projet. Les référents se sont ouverts à l'évaluation, ce qui a permis de dépasser les tensions initiales, voire un mouvement contestataire vis-à-vis des évaluations souvent associées à une vision normative de cette dernière : « *Puis sur toutes les formes que peut prendre l'accompagnement. Après ça reste une question. Qu'est-ce qu'on met dans l'accompagnement, qu'est-ce qu'on n'y met pas ? Ça, c'est une question d'ACESO donc je ne vais pas la résoudre toute seule. On est censé la résoudre et y travailler ensemble pendant toute la durée du projet. En tout cas, ce que je comprends de l'accompagnement pour le moment, pour moi, c'est tout ce qui n'est pas pris en compte dans les systèmes. C'est tout ce qui est invisibilité. Ce qui pourrait relever de l'inévaluable, mais que l'on doit faire en sorte d'être évaluable. Ça me pose un vrai problème. Si j'ai un problème politique de fond avec — pas ACESO en tant que tel —, mais j'ai une très grande méfiance du dispositif dans lequel on est pris.* » (entretien, directrice organisation 4). De manière plus générale, l'équipe d'évaluation a réfléchi aux questions d'évaluation de l'AAS. A la demande des référents, il a été organisé deux colloques pour répondre à des problématiques générales de l'AAS : quels sont les nouveaux métiers de l'AAS et leurs enjeux et comment évaluer l'autonomie en santé et l'incommensurable ? Les

⁴ [ACESO : Publications ACESO \(poletp.fr\)](http://ACESO : Publications ACESO (poletp.fr))

deux colloques ont donc eu pour thème : « *accompagnement à l'autonomie en santé : nouvelles postures ? nouvelles fonctions ?* » et « *l'évaluation de l'accompagnement à l'autonomie en santé : quels enjeux ?* ». Ces deux colloques ont permis de porter la réflexion initiale au sein du projet auprès de la communauté scientifique. Ces colloques ont nécessité un travail de médiation important de la part de la coordination du Pôle ETP qui a dû faire des allers-retours avec et entre les intervenants (chercheurs et financeurs) pour ouvrir le débat à tous les acteurs en lien avec la vision politique de l'évaluation de l'AAS.

Équipe d'auto-évaluation

L'équipe d'animation avait une position à la fois d'extériorité et d'intériorité vis-à-vis de la coordination du projet ACESO. Elle participait à l'ensemble des réunions stratégiques concernant l'animation du projet mais n'était pas en charge des aspects organisationnels de la gestion du collectif. Elle participait à l'animation du collectif en renforçant le questionnement des référents sur leurs pratiques et leurs apprentissages au sein du projet donc en développant la réflexivité et l'identification des nouveaux apprentissages ; en incluant l'évaluation dans le projet comme un moyen pour appuyer son animation notamment en procédant aux différents ajustements nécessaires identifiés sur le terrain et en documentant les effets du projet (apprentissage, transformations des pratiques, etc.) et leurs mécanismes.

Cette équipe était composée de trois chercheurs (dont la doctorante) et des deux coordinatrices du projet.

La démarche mise en place était inductive et itérative : l'équipe d'évaluation partait des actions mises en place au sein du projet, sur lesquelles elle s'appuyait ensuite pour le guider dans le recueil et l'analyse progressive des données. Éléments qu'elle venait ensuite présenter aux membres de l'équipe de coordination pour un premier retour et pour mettre en place le séminaire suivant. Lors du séminaire, elle présentait et discutait des données et de leur analyse avec les référents du projet. Enfin, elle discutait avec l'équipe de coordination des ajustements du projet et de son auto-évaluation en fonction des éléments recueillis lors du séminaire.

Les données de terrain de l'auto-évaluation ont été recueillies lors de deux mémoires de master 2 (l'un sur « l'exploration des dimensions éducatives des pratiques

d'accompagnement », l'autre sur « Construction d'un collectif : l'exemple du projet ACcompagnement Evolutif et SOLidaire (ACESO) » et de la bourse CIFRE dont le travail a participé à nourrir le rapport d'auto-évaluation du projet ACESO.

Des guides d'entretien ont été construits pour l'ensemble des travaux.

Groupe « Evaluation »

Participants : 16 (13 référents [dont 1 directeur de structure de soutien à d'autres structures, 5 directeurs d'association de malades, 1 salariée de structure de soutien, 3 directeurs d'association de professionnels, 3 salariées d'association de professionnels], 3 chercheurs, 2 coordinateurs).

Nombre de réunions du groupe : 2 (en interne) et 8 avec le LEPS (dans le cadre de l'évaluation nationale).

Objectif : réflexion sur l'utilisation du cadre d'évaluation nationale au sein du projet ACESO et participation aux différentes étapes du Delphi.

Méthode : l'évaluation nationale a été travaillée durant des temps synchrones et asynchrones. Pour les temps synchrones, il s'agissait des groupes de travail et des séminaires. Pour les temps asynchrones, il s'agissait de réflexion interne à chaque organisation partenaire pour aider la coordination du projet à remplir les indicateurs du Delphi. Les organisations partenaires ont été sollicitées pour remplir les différentes étapes du Delphi.

Effets induits : en pratique, les référents ne se sont pas reconnus, au premier abord, dans le cadre de l'évaluation nationale. Il a été décidé au sein du collectif de se centrer sur l'auto-évaluation du projet et de porter celle-ci au niveau des évaluateurs nationaux. Le porteur de projet avait donc pour mission de porter la vision des organisations partenaires et de défendre le point de vue du collectif lors du processus d'évaluation nationale. Il devait appuyer la particularité du projet qui s'adressait aux personnes faisant de l'accompagnement et non aux personnes accompagnées.

Au vu de la particularité du projet ACESO, les cabinets de conseil en charge de l'évaluation nationale ont accepté de prendre en compte l'auto-évaluation du projet ACESO comme donnée pour leur évaluation nationale. Ce qui a conduit à l'arrêt du groupe de travail « évaluation » pour se centrer sur celui de l'« auto-évaluation ». L'auto-évaluation a donc pris une place primordiale dans l'évaluation du projet. Elle a joué un rôle dans l'acceptation du cadre de l'évaluation nationale comme en témoignent les verbatims suivants : « *on a*

apporté quelque chose à l'empowerment dans ses différentes dimensions et on n'en avait pas conscience, donc on ne le valorisait pas. Là, on en prend conscience et on pourra le valoriser car on est dans toutes les dimensions » ; « dans l'accompagnement à l'autonomie en santé ce n'est pas que l'individuel, car pour faire de l'empowerment on a besoin d'autres dimensions de l'empowerment. On touche peut-être à une notion de la continuité entre les différentes dimensions de l'empowerment et ça nous oblige à prendre en compte ces différentes dimensions. On voit souvent que l'ETP est coupée de cette continuité et des dimensions qui sont importantes pour les individus » (verbatim recueillis dans le cadre du séminaire du 15 avril 2021 sur l'auto-évaluation du projet).

Groupe communication

Participants : 3 référents se sont inscrits mais peu furent présents (3 référents [dont 1 salariée de structure de soutien à d'autres structures, 1 directeur d'association de professionnels et 1 salarié d'une association de personnes malades], 1 coordinatrice et 2 chercheurs)

Nombre de réunions : 2

Objectif et méthode : Le groupe communication a été proposé lors du premier séminaire dans l'idée de construire un capital communautaire interne mais aussi de pouvoir partager les projets avec les organisations partenaires et l'extérieur ; il n'a jamais pris corps. Une explication peut être que le groupe de travail a commencé avant que le projet soit assez avancé pour avoir du matériel assez concret à travailler ou que les différents groupes de travail réalisaient déjà des ressources pouvant servir à la diffusion du projet. Une autre est la difficulté de communiquer sur le projet ACESO de manière directe : *« Il a été souligné que, outre la communication entre la coordination d'ACESO et les référents, il y a la difficulté de communication sur ACESO entre les référents et leur équipe, vu que plusieurs associations comptent avec le travail des bénévoles qui ne sont pas toujours intégrés au quotidien de l'organisation. Il a été alors proposé que la coordination prépare une vidéo de présentation du projet ACESO et des enjeux liés à l'accompagnement pour faciliter la diffusion de notre travail vers les équipes »* (compte-rendu comité de pilotage du mercredi 13 septembre 2017).

Le groupe communication a alors été remplacé par d'autres manières de communiquer, avec notamment la construction d'un site internet collaboratif que chacun pouvait modifier et consulter. Toutes les ressources se trouvaient sur le site.

Il a aussi été réalisé 3 e-books. L'un racontait la construction du projet et son histoire (« ACESO : une aventure collective »). Les deux autres reprenaient le contenu des 2 colloques via des résumés de chaque intervention et les versions audios et vidéos de celles-ci.

Des communications scientifiques ont été réalisées pour diffuser le projet lors de congrès, notamment avec présentation orale au congrès de la Société d'Éducation Thérapeutique

Européenne en 2022 et 2021 et affichée (notamment pour le travail en lien avec la thèse) à celui de la Société Française de Santé Publique) en 2021.

Groupe outils

Participants : variables en fonctions des living lab présents

Nombre de réunions : 6

Objectif : identification des besoins d'outils susceptibles d'aider les référents dans leur AAS et construction de ceux-ci.

Méthode : dans un premier temps, les référents se sont réunis pour identifier leurs besoins d'outils. Les besoins identifiés étaient très variés mais il a notamment été évoqué un outil pour aider à favoriser la relation ou pour mieux identifier les besoins des personnes accompagnées. Face à la grande hétérogénéité des demandes et des besoins, il a été choisi non pas de réaliser un outil mais une boîte à outils pouvant contenir l'ensemble des outils nécessaires aux participants au projet. Afin d'y parvenir, il a été décidé dans un premier temps de réaliser un cadre de référence pour la construction de ces outils. Il a alors été fait appel au Forum des Living Labs Santé Autonomie et au Laboratoire Éducatifs et Promotion de la Santé (Université Sorbonne Paris Nord) pour construire le cadre de référence pour la conception d'outils en lien avec l'AAS et l'*empowerment* des personnes accompagnées. Les temps de rencontre ont débuté par des retours d'expérience de conception et d'usage d'outils en suivant une trame de retour d'expérience coconstruite par les référents (étapes indispensables, écueils à éviter, démarches à ne pas oublier, personnes à mobiliser, etc.). Le groupe de travail est d'abord parti des outils existants au sein des organisations partenaires qui étaient au nombre de deux (ACX de l'association Cordia et MICI Connect de l'association AFA). Puis ils ont fait appel à des personnes ou des living lab ayant construit leur propre outil pour qu'ils puissent témoigner de leur expérience. Le groupe de travail a finalement élaboré un cahier des charges pour la conception ou l'amélioration d'outils facilitant l'autonomie en santé.

Outil : trame pour orienter les récits d'expérience sur les usages d'outils et Cahier de points de vigilance pour la conception ou l'amélioration d'outils facilitant l'autonomie en santé.

Effets induits : une des organisations partenaires a partagé gratuitement son outil au sein du collectif pour que d'autres partenaires du projet puissent l'expérimenter. En contrepartie, les

organisations souhaitant l'utiliser devaient juste faire un retour sur leur usage de l'outil et identifier des axes d'amélioration. La question des outils reste centrale dans le projet : « *un espace d'apprentissage continu, un espace de réflexivité, mais aussi des espaces de création entre partenaires, par exemple de création d'outils* » ; « *maintenir les analyses de pratiques, l'identification des besoins communs et des manques d'outils transversaux et ensuite travailler collectivement à ces idées* » (verbatim informels recueillis lors du séminaire du 15 avril 2021).

Groupe « Bourse de situations »

Participants : variable en fonction des disponibilités des référents

Nombre : 24 réunions depuis son lancement en septembre 2018. Elles sont fixées à la fréquence d'une par mois.

Objectif : temps d'échange et d'analyse de pratique inter-organisationnels qui visaient à aider les organisations partenaires à prendre du recul et à trouver collectivement des solutions pour des situations complexes d'accompagnement.

Méthode : c'était un temps d'analyse de cas complexes. Il partait des difficultés de terrain d'une organisation partenaire. Cette dernière venait exposer un cas complexe qui posait des difficultés à l'équipe. Il était conseillé à l'organisation partenaire, même si ce n'était pas obligatoire, de venir avec tous les membres de l'équipe en lien avec la situation présentée. Le collectif réfléchissait à des solutions pour les résoudre et proposait des idées nouvelles auxquelles l'équipe n'avait pas pensé. La présentation des organisations partenaires était préparée en amont grâce à une trame construite par l'équipe d'animation du projet. Le temps d'analyse de pratique était animé par cette dernière (apport de questionnement, régulation des temps d'échange, etc.). L'organisation partenaire revenait 6 mois à un an après pour présenter les évolutions de la situation. Les référents se réunissaient tous les mois. Ces temps d'échange étaient jugés primordiaux pour les référents, notamment pour sortir d'impasses dans leur accompagnement ou pour prendre du recul vis-à-vis d'une situation. Pour l'évaluation, ils étaient indispensables car ils permettaient d'observer les évolutions des pratiques des organisations partenaires et des référents du projet.

Outils : trame de présentation des situations complexes d'accompagnement et trame de retour de Bourse de situations.

Méthode d'apprentissage : les temps d'analyse de pratique permettent de prendre du recul vis-à-vis de son activité. Ce sont des temps centrés sur la pratique mais décentrés de l'action qui permettent une prise de recul, le développement de la réflexivité, l'identification de compétences collectives, des changements de pratique et l'identification de ses représentations (144).

Effets induits : les référents ont souhaité maintenir les Bourses de situations malgré la fin de l'expérimentation en l'ouvrant à d'autres organisations extérieures au projet : « *Un espace d'échange de pratiques qui permet l'identification de besoins mais aussi de répondre à ces besoins, donc ça nécessite un dispositif. On peut continuer avec notre noyau de départ et on peut l'élargir. Il y a déjà des choses qui se font, il y aurait un appui pour des pratiques transversales. Il faut un espace pour penser ces choses-là et penser le lien AAAS et ETP, et on pourrait inviter les structures d'ETP* » (verbatim informel recueilli lors du séminaire du 15 avril 2021). Les temps d'échange ont aussi été des temps de partage de ressources (outils, références bibliographiques, formation, compétences humaines).

IV.3 Des effets et mécanismes d'apprentissage du projet à la construction de la théorie de l'intervention du projet ACESO

Au démarrage de la thèse, il était déjà apparu que le groupe d'organisations partenaires était progressivement devenu un collectif, où chacun avait sa place et un intérêt pour y participer, au-delà des appréhensions individuelles. Pourtant, aucun effet sur les pratiques des référents ou celles de leur organisation n'avait encore pu être rapporté. Plusieurs raisons avaient été identifiées à ce manque d'effets. La première était que les référents avaient eu du mal à s'approprier le projet ACESO et ses objectifs. La deuxième était qu'au lancement du projet, avant que le collectif ne se forme, il existait un sentiment de méfiance voire de retenue, faute de connaissance des autres partenaires. Et la troisième était que le projet ne disposait pas encore d'éléments assez concrets pour en faciliter la diffusion aux équipes.

Malgré ce constat fait lors de la fin de la deuxième année du projet, la dynamique collaborative a continué. Le projet s'est tourné vers une démarche plus centrée sur les pratiques des référents avec notamment des temps d'analyse de pratique réguliers ou des colloques organisés pour réfléchir collectivement à des questions posées par les pratiques d'AAS. Les temps d'interconnaissance et de convivialité ont parachevé de construire un collectif propice aux échanges et le cadre bienveillant nécessaire à la réflexivité des participants.

Lors de la phase de recueil de données, les référents ne se reconnaissaient pas ou peu dans le cadre de l'évaluation nationale car le projet ACESO n'était pas destiné directement aux personnes accompagnées. Sa particularité avec deux autres projets nationaux était de transformer les écosystèmes pour favoriser l'*empowerment* des personnes accompagnées tandis que les autres projets étaient plus directement axés sur l'accompagnement. Au lancement du travail de recherche, considérant qu'il ne valait pas dans ce contexte atypique, le choix a ainsi été fait de ne pas mobiliser le cadre évaluatif de l'AAS, mais de plutôt partir de l'expérience vécue par les référents et de s'intéresser à leur expérience au sein du projet et à leurs apprentissages.

Dans ce contexte il fallait dans un premier temps outiller les référents pour leur permettre de mieux argumenter l'intérêt de ce qu'ils avaient appris pour leur équipe. Ceci a

été ensuite formalisé sous la forme d'un article qui vise à décrire l'impact et les effets du projet au niveau des référents (au moyen d'apprentissages individuels) et de leur organisation (au moyen d'apprentissages organisationnels). Il montre également comment les effets produits sur les pratiques des référents ont eu un impact sur les pratiques des autres membres de leur organisation.

IV.3.1 Article 1 : Effets et quelques mécanismes d'apprentissage interne aux acteurs du projet ACESO

L'objectif de cet article était de rendre compte des effets d'une dynamique collaborative au sein d'un collectif sur les participants directs (référents du projet) et sur leur organisation (organisation partenaire). Le Pôle de Ressources en ETP a tenu le rôle de structure tiers. Une méthode inductive, itérative et compréhensive a permis de mettre en avant les effets tels que vécus par les participants du projet.

L'article décrit le processus par lequel des acteurs réflexifs doivent cheminer pour prendre du recul vis-à-vis de leurs pratiques quotidiennes pour véritablement les reconsidérer et les transformer.

Améliorer les pratiques d'accompagnement à l'autonomie en santé: effets d'un dispositif d'apprentissage coopératif

Improving autonomy support: a collaborative learning experience

Alexia Zucchello¹, Mariana Dorsa², Pierre Lombrail¹, Marie Duvivier², Pierre-Yves Traynard², Olivia Gross¹

➔ Résumé

Introduction : Le projet ACESO, participant à l'expérimentation nationale des dispositifs d'accompagnement à l'autonomie en santé (AAS), a rassemblé 21 partenaires franciliens parmi lesquels 14 avaient des pratiques qui empruntent à l'accompagnement. Son présupposé était qu'en expérimentant une démarche coopérative favorisant l'empowerment des partenaires, ceux-ci amélioreraient leurs pratiques d'accompagnement et mettraient notamment en place les conditions nécessaires à l'empowerment des personnes accompagnées. Pour les y aider, le porteur de projet a tenu un rôle de tiers dont la fonction était de faciliter la démarche coopérative en proposant un cadre et la méthode.

But de l'étude : L'étude vise à rendre compte des effets de cette démarche sur les pratiques des partenaires, ainsi qu'à identifier le processus pour y parvenir.

Résultats : Les apprentissages réalisés ont permis aux partenaires de se donner des balises de bonnes pratiques construites collectivement au sein du projet (valeurs, principes et postures). Avec le soutien du tiers, ils ont initié un processus d'apprentissage transformationnel développant leur réflexivité et leur empowerment. Ces transformations ont eu des répercussions sur leurs équipes et structures, par effet de halo. Ce dernier a varié, dans chaque structure partenaire, en fonction de la participation et de l'implication du référent-projet et des membres de la structure, en particulier la direction.

Conclusion : Cette étude met en évidence l'intérêt d'une démarche coopérative pour faciliter l'apprentissage nécessaire aux transformations durables des pratiques et l'amélioration des pratiques de partenaires d'un collectif apprenant. Dans le cas de l'AAS, ceci s'est traduit par des gains d'autonomie pour les accompagnants et les personnes accompagnées.

Mots-clés : Apprentissage coopératif; Apprentissage transformationnel; Accompagnement à l'autonomie en santé (AAS); Amélioration des pratiques; Empowerment.

➔ Abstract

Introduction: The ACESO project, which was part of the Autonomy support in health national experimentation, brought together 21 partners from Ile-de-France. Among these partners, 14 had practices similar to autonomy support. Partners' presupposition was that experimenting a cooperative approach would encourage the empowerment of participants, improve their autonomy support and put into place the conditions necessary for the empowerment of people who would be supported. To help participants to meet this goal, the project leader took on a role as third party whose function was to facilitate the cooperative approach by proposing a framework and a method.

Purpose of research: The study aimed to report the effects of this approach on the participants' practices as well as to identify the process for achieving this.

Results: The participants' learning enabled them to align themselves with the good practice guidelines collectively constructed within the project. With the project leader's support, they initiated a transformative learning process that allowed them to develop their reflexivity and empowerment. These transformations had repercussions on their teams and structures, through a halo effect. The halo effect varied, in each partner structure, according to the participation and involvement of the project referent and the other members of the structure, in particular managers.

Conclusions: This study has highlighted the value of a cooperative approach to facilitate the learning necessary for sustainable practices transformations and the improvement partners autonomy supports. This resulted in gains in autonomy for the autonomy support practitioners and the people they supported.

Keywords: Cooperative learning; Transformative learning; Self-care practice; Improvement of practices; Empowerment.

¹ Laboratoire Éducatif et Promotion de la Santé (LEPS) UR 3412, Université Sorbonne Paris Nord - Paris - France.

² Pôle de Ressources en ETP Ile-de-France - Paris - France.

Correspondance : A. Zucchello
alexia.zucchello@edu.univ-paris13.fr

Réception : 30/08/2022 – Acceptation : 16/01/2023

Introduction

Dans le champ socio-sanitaire, il est désormais acquis que les accompagnements doivent être prodigués dans la durée, centrés sur les personnes et orientés vers le développement de leur autonomie [1]. Mais les mises en œuvre de l'accompagnement à l'autonomie en santé (AAS) ont besoin d'être encouragées, guidées et évaluées. À ces fins, et à la suite du rapport Cap santé (2015) [2], une expérimentation nationale de l'AAS a été inscrite dans le Code de Santé Publique (CSP) et la loi de Modernisation de notre système de Santé (LMSS) de 2016 (article L1161-3 du CSP) [3]. S'en est suivi l'élaboration d'un cadre évaluatif [4], puis une évaluation interne de chaque projet retenu, suivie d'une évaluation nationale externe.

Parmi les 28 projets ayant participé à cette expérimentation qui a duré 5 ans (2016-2021), ACESO (ACcompagnement Évolutif et SOLidaire) se distinguait par son objectif : appuyer 19 structures partenaires avec différents cadres de pratique, dans un processus d'analyse et d'évolution des pratiques d'accompagnement, notamment pour qu'elles prennent davantage en compte l'autonomie des personnes.

Faire évoluer des pratiques professionnelles reste une gageure de manière générale [5]. C'est en particulier le cas dans le champ de la santé, où les contraintes de temps et de ressources sont fortes. Et pourtant les évolutions sont d'autant plus nécessaires qu'elle doivent répondre aux enjeux éthiques qui traversent ce champ [6], que ce soit au regard de l'autonomie des personnes ou dans d'autres objectifs (par exemple la promotion de la bientraitance dans les EHPADs).

Cette étude vise à rendre compte des effets de la démarche collective mise en œuvre par le Pôle de ressources Île de France en éducation thérapeutique du patient (Pôle ETP), structure tiers qui a porté le projet ACESO. Elle décrit le processus par lequel des acteurs réflexifs [7] doivent nécessairement passer pour véritablement reconsidérer leurs pratiques. Ici, il s'agissait pour eux de réfléchir leurs relations d'accompagnement afin de les considérer comme soutien à l'autonomie. Mais le même processus vaudrait pour d'autres fins. Cette étude met donc en évidence des jalons dans la conduite d'un processus d'amélioration des pratiques professionnelles au sein d'un collectif composé de regroupements d'acteurs. Elle invite aussi à souligner le rôle des structures tiers dans le soutien des démarches réflexives de cet ordre.

Après une brève présentation d'ACESO, cet article décrit la méthode de recherche qui a permis d'identifier les effets

obtenus et les conditions les ayant facilités. Il précise les caractéristiques des changements estimés nécessaires par les structures partenaires et comment leur mise en œuvre est conditionnée par des changements plus structurels au niveau organisationnel. La discussion sera l'occasion de revenir sur le processus d'apprentissage individuel mobilisé par les participants du projet et sur ses effets de halo dans leur structure respective et vis-à-vis des personnes accompagnées.

Matériel et méthode

Contexte

Le projet ACESO rassemblait 21 structures partenaires (laboratoires universitaires (n=2), livings labs (n=1), associations de patients (n=5), structures du sanitaire et du social (n=9) et structures tiers à d'autres structures (n=4)) dont 14 avaient des pratiques d'accompagnement. Ces structures différaient en termes de taille, de bénéficiaires et de missions. Certaines étaient plus institutionnalisées (avec salariés et bénévoles), d'autres plus petites (fonctionnant avec peu de salariés, voire uniquement avec des bénévoles). Les bénéficiaires pouvaient être des personnes vivant avec une maladie chronique ou concernées par une situation de précarité.

Au sein d'ACESO, les structures partenaires étaient représentées par un ou deux membres de leur équipe appelés ci-après « référents ». Les référents pouvaient être des membres de l'équipe ou de la direction, des personnes concernées par la maladie (salariées ou bénévoles) ou des professionnels (du sanitaire ou du social). Ils avaient pour mission de diffuser le projet au sein de leur structure et de transformer leur environnement, donc d'être « initiateurs » du changement [8].

La fonction d'animation et de médiation du travail collectif a été occupée par une structure-tiers, le Pôle ETP. Le parti-pris de cette structure-tiers a été de se positionner comme facilitatrice et garante d'un environnement favorable à la coopération et aux apprentissages collectifs plutôt qu'en experte. L'hypothèse était que les interactions sociales, les échanges de pratiques et la réflexion sur les accompagnements tels que proposés permettraient de s'entendre sur une série d'objectifs et de moyens pour améliorer les pratiques. Le présumé, qui a guidé la démarche, était que favoriser l'empowerment des personnes accompagnées nécessite que les accompagnants

aient eux-mêmes fait l'expérience du développement de leur empowerment tant au niveau individuel (développement de leur pouvoir d'action et mise en œuvre d'un processus d'apprentissage pour y parvenir), qu'au niveau collectif (processus de conscientisation [9] à visée de transformation des pratiques) et organisationnel (mise en commun des capacités et des ressources de tous les acteurs pour favoriser l'empowerment de chacun d'eux) [4, 10, 11].

Le projet s'est construit chemin faisant en fonction des besoins identifiés par les référents. Diverses activités et groupes de travail ont été mis en place : des temps de rencontre dans les structures partenaires, dits « visites d'étonnement », pour favoriser la reconnaissance des pratiques et des compétences de chacun ; des temps de réflexion et de co-construction d'une définition partagée de l'AAS, menés par un groupe dit « glossaire » pour faciliter la communication et poser les bases des bonnes pratiques (postures, objectifs, etc.) ; des temps d'analyse de pratiques sur des cas complexes d'accompagnement, dits « bourses de situation ». Des séminaires semestriels servaient à évaluer les actions réalisées et à déterminer les objectifs subséquents du projet. Un groupe dit « évaluation » était en charge d'évaluer l'avancement du projet et de réfléchir à son imbrication avec le cadre évaluatif de l'AAS [4, 11]. L'ensemble de ces actions, mises en lien avec le cadre évaluatif national de l'AAS, ont permis de définir les grandes balises pour le changement des pratiques des partenaires.

La structure tiers utilisait des méthodes participatives visant à aider les partenaires à entrer dans une démarche réflexive et de co-construction des conditions de transformations des pratiques, en s'appuyant notamment sur l'étonnement, le dialogue et le partage d'expérience. Pour y parvenir, elle a dû construire un cadre bienveillant et convivial (composé aussi de temps d'échanges informels).

Méthode de recherche

Les nouvelles pratiques d'accompagnement ayant émergé via ACESO et les processus suivis ont été identifiés sans hypothèses préétablies. Au contraire, il s'est agi de s'immerger dans le terrain, d'explorer les effets du projet sur les individus (référents) et leur contexte de travail (structures et équipes) du point de vue des référents. Il s'agissait non pas de guider le projet mais de repérer ses effets et les processus suivis par les référents, à partir de leur propre perspective. Ainsi, résolument compréhensive [12, 13], la méthode de recherche a mobilisé des sources de données qualitatives plurielles (entretiens, observations

participantes, focus-groupes, analyse documentaire des productions du projet) permettant une triangulation des méthodes [14]. Les entretiens et focus groupe ont eu lieu en binôme. L'investigatrice, en charge de l'enquête de terrain, était accompagnée d'une responsable du projet ACESO ou d'une chercheuse (par ailleurs co-directrice d'une structure partenaire). Les données ont été analysées, par l'investigatrice, de manière thématique. Par souci éthique, le consentement des référents et des structures partenaires obtenu, elle s'est adaptée à leurs disponibilités et a rappelé à chaque occasion son statut de chercheuse et le sujet de la recherche. Bénéficiant d'une bourse Cifre au sein du Pôle ETP, son immersion dans le projet a rendu possible une observation « in situ » [15, 16]. Sa présence était acquise lors des groupes de travail et des temps de discussion informels. Pour autant, les postures participantes ne sont pas sans générer des tensions entre la recherche de validité scientifique et la crainte de trahir les acteurs [17]. Aussi, des restitutions périodiques devant la structure-tiers et l'ensemble des référents ont légitimé le choix des termes, l'adéquation entre leur expérience du processus, leurs intentions et les interprétations produites, favorisant ainsi la validité externe des résultats.

Résultats

Le matériau utilisé comprenait des entretiens semi-directifs auprès des référents (n=14), des focus groupes au sein des équipes (n=10), des observations participantes (16 visites dans les structures, 5 groupes de travail, 17 groupes d'analyse de pratique et 2 séminaires de travail) (n=40), dont 15 en distanciel (les groupes de travail ont été maintenus en visioconférences pendant la crise sanitaire). L'analyse documentaire s'appuyait sur les comptes-rendus et les productions réalisés au sein du projet.

L'analyse des données a permis d'observer des apprentissages d'ordre individuel (chez les référents) et des changements d'ordre organisationnel (au sein des structures partenaires du projet).

Changements d'ordre individuel

Le développement du projet, parce qu'il reposait sur une mise en confiance mutuelle, a demandé un temps d'interconnaissance mutuelle entre les référents, permettant de mieux connaître les pratiques de chacun : « *Quand on monte*

des projets, cela suppose de vouloir faire ensemble. Il faut surtout créer une ambiance, une manière d'être entre les partenaires qui passe par la confiance et par se sentir à l'aise dans le projet» (observation participante, directeur structure 8). Ce temps de construction a duré entre 6 mois et 1 an. Il a permis, une fois la confiance mutuelle instaurée, le développement d'une communauté de pratiques.

Le processus dans lequel s'est engagée la communauté ainsi constituée s'est décomposé en trois étapes. Les exposer permet de rendre compte des effets obtenus au niveau individuel, mais aussi des tensions ressenties par les référents faisant de l'accompagnement.

Entrevoir ses limites, oser questionner ses pratiques

À l'entrée dans le projet ACESO, force a été de constater le peu de formalisation de certaines pratiques: «*En discutant après ACESO, elle me dit: « Tu fais de l'accompagnement! » Mais pour moi, ce n'était pas de l'accompagnement, dans le sens où c'était vraiment donner de l'information, discuter avec l'adhérent pour voir ses besoins, c'était aider, c'est tout. Je ne voyais pas l'accompagnement.*» (Entretien, directrice structure 5).

Les visites d'étonnement et les analyses de pratiques ont fait émerger des questionnements fertiles car partagés. Les principaux portaient sur la nature de l'implication des personnes accompagnées, sur les décisions concernant la fin des accompagnements ou sur la juste posture à adopter entre paternalisme et sur-responsabilisation.

Les référents ont pris conscience qu'ils pouvaient malgré eux incarner un positionnement « expert », c'est-à-dire entretenir des postures paternalistes (exemple : donner « la bonne » information/la solution ou fournir une aide prescriptive), identifier des besoins ne répondant pas aux attentes des personnes (mais correspondant aux normes des équipes), avoir des préjugés pouvant être stigmatisants (exemple : associer l'âge à des troubles cognitifs) ou se concentrer uniquement sur les difficultés d'une personne au lieu de partir de ses ressources.

Ils étaient aussi envahis de doutes générant l'impression de ne pas en faire assez, de ne pas y arriver, sans comprendre pourquoi cela ne fonctionnait pas (thèmes récurrents des temps d'analyse de pratique). Ces doutes étaient accentués par leur sentiment d'isolement et de solitude dans leur pratique quotidienne :

«*Et en fin de compte, j'ai été complètement emballée parce que c'est un mélange d'expérience. Et parce que souvent quand tu es coordinatrice, tu te sens un peu seule. En tout cas, moi, je me sentais un peu seule à ce niveau-là, parce qu'il*

y avait que moi qui recevait les patients. Et donc ça a été positif parce que l'expérience d'autres personnes m'a fait grandir dans ma profession de coordinatrice » (Entretien, salariée structure 7).

Une posture empathique qui ne serait pas émotionnellement épuisante leur semblait difficile à trouver, d'autant plus qu'ils ne disposaient pas d'espace où exprimer leurs difficultés. La mise en commun d'expériences leur a permis de réaliser que beaucoup de leurs difficultés étaient partagées (le manque de temps, de moyens financiers, le *turn-over* dans les équipes, l'absence de temps de réflexivité) et que ces dernières provenaient plus souvent de leur contexte de travail que d'un manque de compétences de leur part : «*Depuis que la distribution de repas à l'hôpital s'est arrêtée faute de financement, ça a beaucoup impacté notre travail. C'est à travers cette action que l'on touche les personnes les plus vulnérables, les plus isolées, les plus précaires.*» (Entretien, directrice structure 14).

Mieux nommer pour mieux agir

Il n'était pas possible de dissocier la réflexion sur l'accompagnement de son objectif : l'autonomie. Définir l'AAS, c'était définir collectivement l'accompagnement, l'autonomie et leur relation : «*Qu'est-ce qu'il y a derrière l'accompagnement? De le définir, de le décortiquer, de voir les bons côtés comme les côtés un peu négatifs. [...]. On accompagne comment? Pourquoi? C'est quoi les outils?*» (Entretien, salariée structure 9).

La réflexion sur l'AAS s'est faite progressivement au regard des pratiques existantes. Les premiers temps ont été consacrés à poser les balises des bonnes postures et des compétences requises : «*Pour participer au développement du pouvoir d'agir, il est important de passer par le changement de posture des professionnels.*» (Entretien, directeur structure 12).

La réflexion sur l'autonomie a été engagée secondairement, sous le prisme de l'empowerment individuel et principalement sous l'angle de la participation et de l'auto-détermination. Il s'agissait de penser la place des personnes dans leur AAS et dans leur capacité à faire leurs propres choix : «*Ça a changé mes représentations sur ce qu'est l'accompagnement. Si le besoin n'est pas très explicite, est-ce que je réponds vraiment au besoin de la personne? Est-ce que je ne réponds pas aux exigences d'un travailleur social, d'une équipe, d'une institution, d'une politique?*» (Entretien, salariée structure 9).

L'ensemble de la démarche a abouti à considérer que, prises isolément, les pratiques d'aide, d'écoute ou de soutien, ne pouvaient être considérées comme de l'AAS,



mais qu'au contraire, il fallait les penser multimodales, dans la durée, tournées vers le développement du pouvoir d'agir. Les référents ont également réalisé que cette démarche prend du temps, alors qu'il est exigé d'eux d'être dans une logique d'efficacité à court terme : « *Quand tous les jours, toutes les semaines tu es avec eux, le travail marche mieux. Les personnes sont mieux accompagnées. Mais depuis que l'on a plus ce financement, on a plus ce lien donc toutes ces personnes-là on les perd de vue. Les professionnels n'ont plus les moyens d'orienter vers nous.* » (Entretien, directrice structure 14).

Si tous les référents ont pris du recul vis-à-vis de leurs pratiques et les ont questionnées, le temps nécessaire à chacun pour y parvenir a varié en fonction de la fréquence et de la régularité de participation au projet mais aussi en fonction de leur capacité personnelle à remettre en question leurs pratiques. Concernant le passage à l'action, celui-ci a été plus ou moins abouti selon les référents. La plupart des référents se sont mis à agir selon une logique centrée sur la personne : accompagner n'est pas guider la personne mais cheminer à côté d'elle pour l'aider à aller où elle le souhaite en s'appuyant davantage sur ses forces : « *Là, maintenant, on est passé à des journées plus proactives dans l'objectif de mettre les personnes au cœur de leur santé et de les accompagner dans ce processus.* » (Entretien, salariée structure 1).

Identifier et diffuser ses nouvelles approches de l'AAS

Tous les référents ont identifié les conditions nécessaires au développement de leur propre pouvoir d'agir, en particulier l'importance du collectif pour le développement de nouvelles compétences.

Outre le fait de construire un champ lexical commun favorisant les échanges, les référents se sont attachés à identifier des compétences communes nécessaires à l'AAS, telles que les compétences communicationnelles (écoute active et dialogue) ou relationnelles (non-jugement et bienveillance) qu'elles soient d'origine expérimentielle ou professionnelle.

Pour pouvoir les mobiliser, ils ont réalisé qu'il fallait le soutien de l'ensemble de l'équipe de leur structure respective : « *Étant référente de ACESO depuis le début, je me suis rendu compte à quel point c'est important que ce soit porté institutionnellement si l'on veut des effets qui en découlent pour toute l'équipe et même pouvoir intégrer les personnes que l'on accompagne.* » (Entretien, salariée structure 9). Les temps d'analyse de pratique ont aussi été un moyen de redonner du sens à leur pratique : « *Je pense que j'ai trouvé aussi plus de sens à ma pratique d'accompagnement. Même*

si le sens je l'avais déjà : évidemment, je sais que je ne faisais pas ça dans le vide. Mais c'est vrai, d'avoir échangé sur les pratiques d'AAS avec d'autres personnes, ça permet de donner encore plus de sens à ses missions. » (Focus groupe, salariée structure 1).

Cette réflexion a abouti à un constat en miroir : les personnes accompagnées devaient, elles aussi, disposer de ressources individuelles, collectives et environnementales pour construire leurs propres choix et passer à l'action : par exemple, les espaces de convivialité ou d'échange plus informels réunissant les pairs et l'équipe ont été identifiés comme indispensables pour la création de lien de confiance et la mutualisation de ressources.

Expliciter leurs pratiques et expérimenter la coopération au sein du projet a aidé les référents à développer leur sentiment de compétence. Forts de cela, ils ont été mieux à même de diffuser leurs apprentissages et de générer une culture d'AAS au sein de chacune de leurs structures lors de temps formels ou informels. En cela, ils ont tenu le rôle d'initiateurs du changement qui était attendu d'eux : « *Je leur ai communiqué ce que j'avais appris à ACESO. J'ai appris pas mal de choses quand-même.* » (Entretien, directrice structure 5).

Changements d'ordre organisationnel

Au niveau organisationnel, il était nécessaire que les personnes à la tête des structures (présidents et/ou directeurs) aient la même intention initiale de changement. Pour cela, il a été nécessaire qu'ils explicitent leurs difficultés et leurs besoins afin d'identifier des axes communs de travail. Il s'agissait de s'inscrire dans une expérimentation nationale pour voir reconnaître ses actions et pour améliorer les pratiques d'AAS : « *L'idée au départ était de faire en sorte que les professionnels de santé et associations qui font de l'accompagnement de personne puissent mutualiser, travailler, avoir une analyse critique de leur propre pratique pour essayer de l'améliorer.* » (Focus groupe, directeur structure 1).

Des facteurs facilitants et limitants

La diffusion des nouvelles pratiques au sein des structures a été variable. Parmi les facteurs positifs identifiés, se dégageaient : la facilitation de la participation des référents aux réunions d'ACESO (par exemple : un dédommagement à la structure pour légitimer leur participation auprès de leur équipe et hiérarchie), la participation volontaire de référents motivés (si possible 2 référents par structure pour favoriser la diffusion en interne), la taille et la pluridisciplinarité de l'équipe (cela s'explique notamment par le facteur

humain, car il est plus facile d'absorber une absence ponctuelle dans une plus grosse équipe) et l'implication et la participation des autres membres des équipes, en particulier la direction. Les effets les plus importants ont été observés auprès des organisations ayant impliqué comme référent à la fois leur directeur et un membre de l'équipe (salarié ou bénévole). Le soutien de la direction dans la diffusion est un élément central. Il permet de penser la place de la diffusion du projet au sein de la structure: « *La personne qui va venir en interne aura déjà une mission de formation des autres bénévoles. Puisque son poste est lié à l'écoute et à l'ETP, il y a toujours la mission de transmission des savoirs et d'amélioration des pratiques. Donc elle, ça va être son but. [...] Après, moi je fais des petits comptes-rendus, j'en parle avec l'équipe, etc. Ça m'a en tout cas permis d'affiner, d'apprendre des autres pleins de petites idées ici et là.* » (Entretien, directeur structure 2).

Ces facteurs (réunis chez une majorité des partenaires) conféraient aux référents de la légitimité dans leur rôle d'initiateurs du changement. Au sein des structures partenaires ayant perçu l'intérêt de la démarche et s'étant emparé du mouvement amorcé par les référents, des espaces de réflexivité et d'échange ont pu être proposés aux équipes. Ces espaces ont permis de dépasser des logiques organisationnelles « classiques » pour aller vers une logique de développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées.

Certains facteurs limitants à la diffusion du projet ont aussi été identifiés : précarité de certaines structures (absence de financement ou financement précaire), manque de temps pour la réflexivité, notamment dans les petites structures partenaires reposant uniquement sur une équipe de bénévoles, *turn-over* dans les structures. Ces facteurs limitants, en grande partie d'ordre structurel, influencent le management et la capacité des membres des équipes à s'engager dans quelque projet que ce soit: « *Ces problèmes organisationnels font que l'on n'a pas tiré parti, autant qu'on l'aurait pu, du projet. Concrètement, ça aurait été super de faire participer des médecins, mais en fait un médecin qui vient à une bourse de situation, c'est un médecin qui ne consulte pas. Un médecin qui ne consulte pas, c'est un médecin qui coûte cher. Et dans une structure où chaque année on se demande si on va finir positivement l'année, c'est un peu compliqué de l'envisager.* » (Focus groupe, salariée structure 6).

Repenser le projet des structures

Fait d'actions au départ invisibles et non valorisées, l'AAS est devenu un objectif institutionnel à poursuivre et à

soutenir. Sa formalisation a débouché sur des temps d'équipe dédiés (sous formes de réunions d'équipe pluridisciplinaire et/ou de temps d'analyse de pratiques): « *Le fait d'avoir restructuré la structure autour de l'écoute, ça nous implique tous durant les réunions d'équipe.* » (Entretien, directeur structure 2).

Au fil des mois, l'AAS a été reconnu et valorisé, jusqu'à devenir le fil rouge de l'activité de certaines structures. Cela s'est traduit par la valorisation des compétences relationnelles, par la création d'espaces conviviaux pour créer un climat favorable à l'écoute et par la volonté de construire des liens de confiance entre les équipes et les personnes accompagnées. Cela a diminué également les tensions vécues par certains membres des équipes: « *On ne l'a jamais fait avant parce qu'il n'y avait qu'une personne pour l'écoute. Cette personne, elle en avait gros sur la patate, on en parlait, mais c'était en individuel.* » (Entretien, directeur structure 2).

Repenser l'intégration des personnes accompagnées et soutenir leur autonomie

L'intégration des personnes accompagnées dans les structures a été revue par un grand nombre de ces dernières. Il a pu s'agir de favoriser les échanges horizontaux entre personnes accompagnées, sous forme de pair-aidance plus ou moins formelle: « *En fonction des connaissances des participants, on se rend compte que finalement les animateurs de l'atelier n'ont plus grand-chose à ajouter par la suite.* » (Entretien, salariée structure 1); de penser la participation des personnes accompagnées à la définition de leurs projet et missions: « *Vous êtes là, on a besoin de vous, vous avez besoin de nous, on est tous aussi légitimes les uns que les autres.* » (Entretien, salariée structure 9) et parfois même d'intégrer des personnes concernées dans l'organisation de la structure, que ce soit de manière bénévole ou salariée (en recrutant un médiateur de santé pair): « *Là oui, il est extrêmement intéressant et important de faire participer à des hypothèses de recherche de solutions par rapport à ses propres besoins et par rapport aux besoins des autres. D'où l'intérêt de la personne qui vient chez nous, en tant que médiatrice en santé pair.* » (Entretien, directeur structure 12).

La plupart des structures ont repris à leur compte les productions issues d'ACESO. La définition de l'AAS a été diffusée au sein des équipes pour les aider à évaluer leurs pratiques, et les outils internes ont été repensés pour répondre aux nouvelles orientations. Un bon exemple est celui de la structure 12. Au départ, sa plateforme numérique d'aide à la prise de décisions n'incluait pas les analyses

des personnes accompagnées. À la suite de la participation au projet, l'outil est devenu un espace de médiation entre la personne accompagnée et l'équipe, où le dernier mot, en cas de désaccord, revient désormais à la personne accompagnée.

Enfin, des accompagnements ont été proposés hors des murs, là où les personnes en ont le plus besoin : « *C'est en allant à ACESO que j'ai réussi à réfléchir à ma pratique. Je me suis dit que pour être proche du patient, lui donner les informations, il fallait que je le rencontre et que je le voie sur son lieu de soin.* » (Entretien, directrice structure 5).

Coopérer pour améliorer les accompagnements, et s'engager pour les faire reconnaître

Les partenaires ont mis en commun leurs savoirs, savoir-être et savoir-faire, en exposant leurs pratiques d'AAS au regard critique et bienveillant du collectif. S'en est suivi un partage de ressources matérielles (mise à disposition d'un outil numérique (structure 12)) et immatérielles (des compétences humaines, comme l'accès à un assistant social).

Certaines structures ont créé des partenariats : aides ponctuelles autour d'un cas complexe ou interventions communes pérennes (construction de séances d'éducation thérapeutique du patient mutualisant des compétences de traduction (structure 11) et des connaissances sur le pied diabétique (structure 7)).

La coopération et les analyses de pratiques inter-structures ont été identifiées comme un élément important de la réflexivité, de l'amélioration constante des pratiques. On peut d'ailleurs souligner que, malgré la fin de l'expérimentation (donc du financement du projet), les référents ont souhaité les poursuivre.

Ayant pu échanger sur leurs besoins et difficultés (la difficulté de financement, la non-reconnaissance des pratiques d'AAS, le besoin de coopération entre sanitaire et social, etc.), les structures partenaires ont réalisé que leurs difficultés étaient partagées et d'ordre socio-politique. Le développement de leur conscience sociale et critique les a conduits à un engagement collectif, dont l'aboutissement a été la réalisation d'un manifeste¹ commun sur l'AAS. Chaque organisation a signé le manifeste et a été libre de le diffuser. Ce militantisme va au-delà de l'engagement collectif, car les structures partenaires transforment leur manière de s'engager dans la transformation sociale et politique en

identifiant et en négociant des axes transversaux d'engagement allant au-delà de ceux portés initialement par leur structure (ce n'est plus défendre l'accompagnement de leur structure pour avoir un financement, c'est défendre l'accompagnement en général) : « *Et que là on devrait devenir un collectif plus militant pendant quelque temps encore. Peut-être. Ou pas. On verra, ça. [...]. Je pense que la mobilisation commencera vraiment après les cinq ans. [...]. Comment le ministère va travailler à partir des résultats de l'expérimentation. C'est quand-même quelque chose que l'on a mis dans le manifeste. On veut être partie prenante. Et pour que ce soit le cas, il faut militer. Partie prenante de ce qu'ils vont fabriquer avec ça, sur notre dos. Et là, je pense que c'est important que l'on reste ensemble un collectif. Pour avoir une force de frappe.* » (Entretien, directrice structure 4).

Discussion

Telles que mises en œuvre précédemment, les pratiques d'accompagnement étaient insuffisamment formalisées et les référents faisant de l'accompagnement étaient submergés par les doutes, voire par un sentiment d'impuissance. Ils n'identifiaient pas leurs savoir, savoir-être et savoir-agir. Mais surtout, leurs pratiques ne répondaient pas toujours aux attentes des personnes accompagnées et pouvaient même ne pas être au service de leur autonomie. Réaliser ces différents états de fait a opéré comme l'élément perturbateur central pour initier un processus d'apprentissage transformationnel [18, 19] chez les référents du projet ACESO. Ce processus cognitif a été caractérisé chez l'adulte. Il a été montré que l'apprenant transforme ses perspectives de sens, réalisant qu'elles sont devenues inadaptées pour gérer les problèmes rencontrés, ce qui le conduit à en élaborer de nouvelles pour guider ses actions et leur redonner du sens [20]. Bien que décrit comme un processus individuel [18, 19], dans le cadre de cette étude, cet apprentissage a été facilité par le fait qu'il a eu lieu au sein d'un collectif animé par un acteur tiers. Participer à un collectif de pairs permettait aux référents d'apprendre les uns des autres, à leur rythme, au moyen d'un « apprentissage vicariant », par l'observation (directe ou médiée par le langage) des pratiques des pairs qui va favoriser l'imitation active des comportements jugés désirables [8, 21]. Les visites d'étonnement ont pour leur part favorisé des « perturbations conceptuelles », soit la construction de nouveaux savoirs par la confrontation à des éléments perturbateurs (ou conceptions-obstacles) qui vont venir déstabiliser les

¹ Lien vers le manifeste : <https://aceso.poletp.fr/?PubAceso/download&file=ManifesteACESO,pd>

valeurs (coopération, engagement, écoute active, dialogue, bienveillance) et aussi au niveau des pratiques (temps de convivialité, temps d'analyse de pratique, pair aidance); 2) par la reconnaissance des compétences par le reste de l'équipe entraînant la construction de cercles vertueux pour peu que l'environnement s'y soit prêté. Ce dernier n'est pas à négliger, car c'est lui qui transforme le pouvoir faire en pouvoir d'agir [31]. En effet, les personnes, les comportements et l'environnement sont en interaction constante [8, 32]. L'effet de halo à ce niveau est proportionnel à l'implication de l'équipe et de la direction. Quand cette implication est forte, elle a été motrice d'un changement en profondeur de l'organisation (évolution des fiches de poste, pratiques et outils), ce qui est nécessaire et évite de reposer sur des intentions ou des démarches personnes-dépendantes. L'implication de la direction permet aussi d'intégrer et de penser ce rôle de leader transformationnel au sein des équipes, aidant à sa reconnaissance.

Il convient de nuancer ces propos en précisant que le leadership transformationnel dépendait aussi des capacités des acteurs à réfléchir sur leurs expériences et à tenir compte des autres points de vue [30]. De plus, un environnement moins réactif, moins bienveillant, peut aussi être un moteur d'effort pour un acteur convaincu de son efficacité et souhaitant modifier les pratiques considérées comme injustes [32].

L'apprentissage transformationnel est d'autant plus nécessaire qu'il est impossible de supposer des transformations durables et un changement profond, si les individus restent les mêmes [33].

Conclusion

Les référents ont entrepris une démarche transformationnelle les conduisant à reconsidérer leur vision de l'accompagnement, leurs postures et leurs pratiques, afin qu'elles soient plus inclusives, coopératives et au service de l'autonomie des personnes accompagnées. Ils ont réajusté leurs actions en fonction de leurs valeurs professionnelles et personnelles, et ainsi redonné du sens à leurs pratiques. Ils les ont aussi harmonisées entre elles (ce qui améliorerait l'égalité de traitement), notamment vers davantage d'autonomisation des personnes. Mais surtout, ayant expérimenté sur eux-mêmes un processus d'émancipation vis-à-vis de leurs manières de faire, ils se sont dit prêts à transférer ces acquis au profit des personnes accompagnées. Quand il n'était pas spontané, l'apprentissage transformationnel

nécessitait un environnement permettant aux acteurs de gagner en réflexivité. Dans le cadre de cette expérimentation, cet environnement a bénéficié de l'appui d'une structure-tiers. Au vu des gains en réflexivité et en évolution des pratiques, le processus mis en œuvre par ce tiers serait à mieux caractériser pour en assurer la diffusion. Dans la même veine, les résultats invitent à développer d'autres travaux permettant de considérer les effets en halo pour établir l'efficacité d'un programme. En effet, il a été particulièrement intéressant de constater que la dynamique décrite a secondairement engendré des répercussions en halo au niveau des équipes de chaque structure, puis au niveau des personnes accompagnées.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Remerciements

Les auteurs remercient les partenaires du projet ACESO pour leur participation à cette recherche, l'équipe du Pôle ETP pour son soutien dans cette recherche et Valérie Pihet pour avoir participé aux recueils des données. Cet article ayant été rédigé dans le cadre d'une bourse CIFRE, les auteurs tiennent aussi à remercier l'Association Nationale Recherche Technologie (ANRT) et l'Agence Régionale de Santé Île-De-France (ARS) pour leur financement.

Références

- Carrier S, Morin P, Gross O, de la Tribonnière X. L'engagement de la personne dans les soins de santé et services sociaux. Québec: Regards croisés France-Québec; 2017. 300p.
- Saout C. Cap Santé! Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé. Paris: Ministère des Affaires sociales et des Droits des femmes; 2015. 71p.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé. JORF n° 0022 du 27 janvier 2016. p 41.
- Gross O, Gagnayre R, Lombrail P. L'évaluation des projets d'accompagnement à l'autonomie en santé: pourquoi privilégier une approche pragmatiste? Santé Publique. 2020;32(4):301-13.
- Jouffray C. Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs. 2^e éd. Rennes (France): Presses de l'EHESP; 2018. 240p.
- Aiguié G. De la logique compétence à la capacitation: vers un apprentissage social de l'éthique. Éthique Publique. 2017;19(1). [Visité le 17/08/2022]. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/ethiquepublique/2907>
- Schon DA, DeSanctis V. The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. J Contin High Educ. 1986;34(3):29-30.
- Guerrin B. Albert Bandura et son œuvre. Rech Soins Infirm. 2012;108(1):106-16.

9. Freire P. Pédagogie de l'autonomie. Toulouse (France) : Érès ; 2013. 164p.
10. Ninacs WA. Empowerment et service social : approches et enjeux. *Serv Soc.* 2005;44(1):69-93.
11. Gross O. Accompagnement à l'autonomie en santé : périmètre des missions et cadre évaluatif. Rapport à la Direction Générale de la Santé ; 2018. 78p.
12. Charmillot M, Seferdjeli L. Expliquer et comprendre en sciences de l'éducation. Bruxelles : De Boeck Supérieur ; 2002. 288p.
13. Schurmans MN. Expliquer, interpréter, comprendre : le paysage épistémologique des sciences sociales. 2^e éd. Genève : Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation ; 2011. 94p.
14. Caillaud S, Flick U. Triangulation méthodologique. Ou comment penser son plan de recherche. *In* : lo Monaco G, Delouée S, Rateau P. Les représentations sociales. Théories, méthodes et applications. 1^{re} éd. Paris : De Boeck ; 2016. p.227-40.
15. Chapoulié JM, Everett C, Hughes et le développement du travail de terrain en sociologie. *Rev Fr Sociol.* 1984;25(4):582-608.
16. Chenu A, Everett C, Hughes, Le regard sociologique, 1996. *Sociol Trav.* 1998;40(3):414-6.
17. d'Arripe A. La posture du chercheur dans l'observation participante : de la trahison à la culpabilité. *Antropologicas.* 2015;13: 48-56.
18. Mezirow J. Transformative Dimensions of Adult Learning. 1st ed. San Francisco (États-Unis) : Jossey-Bass ; 1991. 247p.
19. Mezirow J. Transformative Learning: Theory to Practice. *New Dir Adult Contin Educ.* 1997;74:5-12.
20. Duchesne C. L'apprentissage par transformation en contexte de formation professionnelle. *Éducation Francoph.* 2010;38(1): 33-50.
21. Marcel JF. « Travail partagé » de l'enseignant et apprentissages professionnels. *Rech Form.* 2009;(61):131-44.
22. Zimmermann-Asta ML. La perturbation conceptuelle : Outil pour dépasser les obstacles. *Aster.* 1997;25(1):175-91.
23. Paul M. « Accompagnement », Recherche et formation. 2009;62: 91-108.
24. Senge P. La cinquième discipline : Levier des organisations apprenantes. 1^{re} éd. Paris : Editions Eyrolles ; 2015. 466p.
25. Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives. Paris : Eyrolles ; 2015. 308p.
26. Dupuich F. L'émergence des compétences collectives, vers une gestion durable. *Gest 2000.* 2011;28(2):107-25.
27. Bataille-Chédotel F. Compétence collective et performance. *Revue de Gestion des Ressources Humaines.* 2001(40):66-81.
28. Albano MG, d'Ivernois JF, Langlume L, Ahouah M, de la Tribonnière X. L'effet de halo : quand les patients éduqués éduquent à leur tour leurs aidants. *Educ Thérapeutique Patient – Ther Patient Educ.* 2021;13(1):1-5.
29. Paul M. L'accompagnement dans le champ professionnel. *Savoirs.* 2009;20(2):11-63.
30. Ménard S. L'Apprentissage Transformationnel dans le Développement du Leadership. 2015;5(3):2590-2601.
31. Zimmermann B. Ce que travailler veut dire. Une sociologie des capacités et des parcours professionnels. Paris : Economica ; 2011:233p.
32. Lecomte J. Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs.* 2004;5(Hors série):59-90.
33. Xhaufclair V, Pichault F. Du Tiers à la Tercéisation : modalités d'une fonction essentielle pour l'émergence d'une régulation à l'échelon inter-organisationnel. *Négociations.* 2012;18(2):43-59.

a) Synthèse de l'article effets et des quelques mécanismes d'apprentissage interne aux acteurs

Au sein du projet ACESO, l'interconnaissance mutuelle des organisations partenaires et le climat de confiance mis en place ont permis aux référents de confronter leurs pratiques avec celles de leurs pairs accompagnants. Ils ont ainsi pu entrevoir les limites de leurs accompagnements et oser les questionner. Le projet a eu des effets tant au niveau des pratiques des référents que de leur organisation.

Tous les référents ont entrepris une démarche de prise de recul vis-à-vis de leurs pratiques qui a joué le rôle d'élément perturbateur favorisant l'initiation d'un processus d'apprentissage transformationnel. Ce processus, qui a été décrit par Jack Mezirow (1991), a montré que l'apprenant transforme ses perspectives de sens en réalisant qu'elles sont devenues inadaptées pour gérer les problèmes rencontrés. Face à ce constat, il en élabore de nouvelles pour guider ses actions et leur redonner du sens.

La participation au projet et la rencontre entre pairs a permis de favoriser des « apprentissages vicariants » (apprentissage par l'observation directe ou médiée par le langage) (145,146) qui correspondent à l'acquisition de nouveaux comportements suite à l'observation d'un individu modèle ainsi que des « perturbations conceptuelles » (confrontations aux pratiques de pairs) qui génèrent un « déséquilibre culturel » entraînant une remise en question de connaissances antérieures pour en construire de nouvelles plus adaptées. Les référents ont ainsi pu assimiler l'importance du collectif dans le développement de nouvelles compétences mais surtout celle de disposer des ressources individuelles, collectives et environnementales permettant de faire ses propres choix et de les réaliser. Cependant, encore était-il nécessaire de disposer des conditions d'organisation propices à la diffusion du projet, pour mobiliser ce pouvoir d'agir.

Les changements observés ne se sont pas limités aux pratiques des référents. En effet, il s'est produit des effets de halo. Les effets de halo identifiés correspondent au fait que par l'expérimentation du développement de leur propre *empowerment* au sein du collectif, les référents ont pu mieux identifier les conditions nécessaires au développement de celui-ci pour les personnes accompagnées.

Un type de halo se rapporte à la diffusion du projet ACESO au sein des équipes et des organisations, via les transformations de pratiques des référents. Les connaissances qui ont été transmises correspondaient majoritairement aux valeurs et compétences portées par

le collectif : la coopération, l'engagement, l'écoute active, le dialogue, la bienveillance. Ceux qui les observaient ayant sans doute mobilisé à leur tour des apprentissages vicariants. Cette transmission a eu majoritairement lieu lors des temps d'échange informel (lors des pauses ou d'échange entre collègues) ou par observation directe de la pratique du référent. Au niveau des pratiques, la transmission correspondait à la mise en place de temps de convivialité, de temps d'analyse de pratique pour les équipes, de recours à la pair-aidance et à la reconnaissance des compétences de l'AAS. Cette transmission pouvait s'expliquer par le développement d'un leadership transformationnel par les référents (147,148). Le leadership cherchait à façonner une vision commune de l'AAS (en s'appuyant notamment sur la carte mentale construite au sein du projet) et à encourager la réflexivité au sein de son équipe par la remise en question des pratiques existantes, notamment en mettant en avant l'importance des temps de prise de recul et de réflexivité. Le leadership transformationnel a été particulièrement mobilisé lors des temps d'échange formel, c'est-à-dire des réunions d'équipe ou des réunions institutionnelles.

Au niveau des organisations, des facteurs facilitants et limitants ont pu être identifiés. Pour les facteurs facilitants, il s'agissait d'abord du soutien de la direction et de l'équipe et de la participation volontaire de référents motivés. La participation de la direction avait un impact majeur puisque les effets les plus importants ont été observés pour les organisations ayant impliqué comme référent à la fois leur directeur et un membre de l'équipe. Les changements identifiés étaient de l'ordre de la reconnaissance des pratiques d'AAS et des compétences nécessaires à celui-ci. L'accompagnement s'est institutionnalisé jusqu'à devenir le fil rouge de l'activité de certaines des organisations. Ont été repensées la place des personnes accompagnées pour les intégrer aux pratiques de l'organisation et les relations pour être plus horizontales. Les organisations sont devenues progressivement apprenantes avec pour objectif de rester dans une logique d'amélioration des pratiques et de construction constante de connaissances.

Les organisations partenaires du projet sont allées jusqu'à construire un maillage de ressources correspondant à un « maillage de l'intelligence collective ». Il reposait sur le partage de certaines ressources matérielles (outils d'accompagnement, ressources documentaires, etc.) et immatérielles (mutualisation de compétences pour créer des partenariats, coopération autour de situations d'accompagnement). Ainsi les membres du collectif ont appris à coopérer autour de situations complexes afin de résoudre des situations

identifiées comme problématiques de manière plus efficaces que s'ils avaient réalisé l'accompagnement seuls. Le développement de leur conscience sociale et critique (identification des difficultés et des besoins partagés) les a conduits à s'engager sur le plan socio-politique ce qui s'est notamment traduit par la rédaction d'un manifeste commun sur l'AAS.

b) Éléments complémentaires relatifs aux effets, processus et mécanismes du projet et première formulation d'une théorie de l'intervention

Comme indiqué dans l'article, le projet a permis aux référents d'identifier des pratiques jugées inadéquates et de repenser leurs relations d'accompagnement pour soutenir l'autonomie des personnes accompagnées. Il a été montré que les apprentissages transformationnels produits au sein du projet ont permis aux référents de redonner du sens à leur pratique en repensant leurs relations à la personne accompagnée. Les postures antérieures non en accord avec les valeurs des référents ont évolué. Les logiques paternalistes ou de sur-responsabilisation ont été identifiées comme ne permettant pas le développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées. Progressivement, il est apparu que les effets allaient au-delà de simples apprentissages et des transformations des pratiques individuelles des référents puisqu'ils avaient aussi un impact sur leur organisation en y développant l'*empowerment* collectif et organisationnel. Ce qui a eu en retour un effet sur les référents qui ont pu développer leur *empowerment* individuel grâce à la mobilisation des ingrédients actifs de celui-ci (*empowerment* collectif, *empowerment* organisationnel et environnement capacitant) au sein de la CP et au sein de leur organisation. Ainsi le projet semble fonctionner à deux niveaux, celui des membres de la CP et celui des organisations affiliées à la CP. Le premier niveau repose sur des apprentissages vicariants au sein de la communauté de pratique ACESO qui ont aidé les référents à entamer une démarche d'apprentissage transformationnel. Le second niveau repose sur des effets de halo et concerne la diffusion des effets du projet au sein des organisations par l'entremise des référents. Pourtant, à ce stade, les membres de la CP n'avaient pas identifié les effets du projet en termes d'*empowerment* et ils ne se retrouvaient toujours pas dans le cadre de l'évaluation nationale.

La démarche d'échange avec les référents autour des résultats de cette recherche leur a finalement fait réaliser qu'ils adhéraient aux ingrédients actifs de l'*empowerment* individuel identifiés dans le cadre de l'évaluation nationale et à son modèle en simple

entonnoir. Grâce aux allers-retours avec les membres du projet, ils ont réalisé que leur organisation pouvait nourrir au moins une des dimensions du cadre de l'évaluation nationale : « *On a apporté quelque chose à l'empowerment dans ses différentes dimensions et on n'en avait pas conscience, donc on ne le valorisait pas. Là, on en prend conscience et on pourra le valoriser car on est dans toutes les dimensions* » (verbatim extrait du séminaire du 15 avril 2021, salariée d'association de malades, organisation 1).

Les échanges autour de l'analyse des données proposées par la chercheuse aux participants du projet ont facilité le processus de diffusion du projet. Les référents ont pu identifier les dimensions importantes à prendre en compte pour mettre en place des pratiques d'AAS tournées vers l'empowerment individuel des personnes accompagnées : « *Dans l'accompagnement à l'autonomie en santé ce n'est pas que l'individuel, car pour faire de l'empowerment on a besoin d'autres dimensions de l'empowerment. On touche peut-être à une notion de la continuité entre les différentes dimensions de l'empowerment et ça nous oblige à prendre en compte ces différentes dimensions* » (verbatim extrait du séminaire du 15 avril 2021, directeur d'association de malades, organisation 2). Cette réflexion a aussi favorisé l'émergence de nouvelles idées pour les pratiques d'AAS au sein des organisations : « *Ça ouvre le champ de se dire : nous on ne fait pas ça encore, mais on pourrait le faire* » ou « *L'empowerment organisationnel, c'est la première fois que je le vois. Et ça donne des idées de ce qu'on pourrait mettre en place* » (verbatim extrait du séminaire du 15 avril 2021, directeur d'une association de professionnels, organisation 12).

Au fil des échanges, les participants ont distingué deux niveaux distincts du projet : celui qui se rapporte à ce qui était l'objet d'ACESO (revoir les pratiques d'accompagnement au moyen du développement de l'empowerment des référents) et celui qui faisait l'objet de l'AAS (accompagner les personnes en favorisant leur empowerment). Réalisant non seulement le lien entre ces deux intentions mais aussi que leurs mécanismes étaient communs, ils ont mieux compris le rôle des ingrédients actifs.

À la suite de ce travail, le cadre de l'évaluation nationale a été mieux appréhendé par les référents et il a pu être utilisé au sein du projet ACESO. Au premier niveau, le cadre de l'évaluation nationale a été mobilisé pour invoquer les ingrédients actifs des référents au sein du projet. Au second niveau, le cadre de l'évaluation nationale a été utilisé pour identifier les ingrédients actifs de l'empowerment mis en place au sein des organisations pour améliorer les pratiques et favoriser le développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées. Ainsi, le cadre de l'évaluation nationale a pu être mobilisé à deux niveaux :

au sein du projet et au sein des organisations partenaires. La théorie d'intervention du projet ACESO s'est alors appuyée sur la schématisation en entonnoir des ingrédients actifs de l'empowerment individuel proposé dans le cadre de l'évaluation nationale. Elle a pu être formalisée selon une schématisation en double entonnoir pour reprendre les deux niveaux identifiés (celui au sein du projet et celui au sein des organisations). Celle-ci a été validée par les référents qui y ont reconnu leur engagement dans ACESO et le rationnel de leur intervention.

La théorie d'intervention du projet en double entonnoir peut se formuler ainsi (figure 4) : le premier entonnoir est celui qui consiste à faciliter l'*empowerment* collectif, l'*empowerment* organisationnel et l'environnement capacitant pour favoriser l'*empowerment* individuel des référents. Le second entonnoir consiste à appuyer les référents pour favoriser l'*empowerment* de l'ensemble des membres de l'équipe et de la direction de chaque organisation partenaire ; ces transformations doivent permettre aux personnes accompagnées de développer leur *empowerment* individuel.

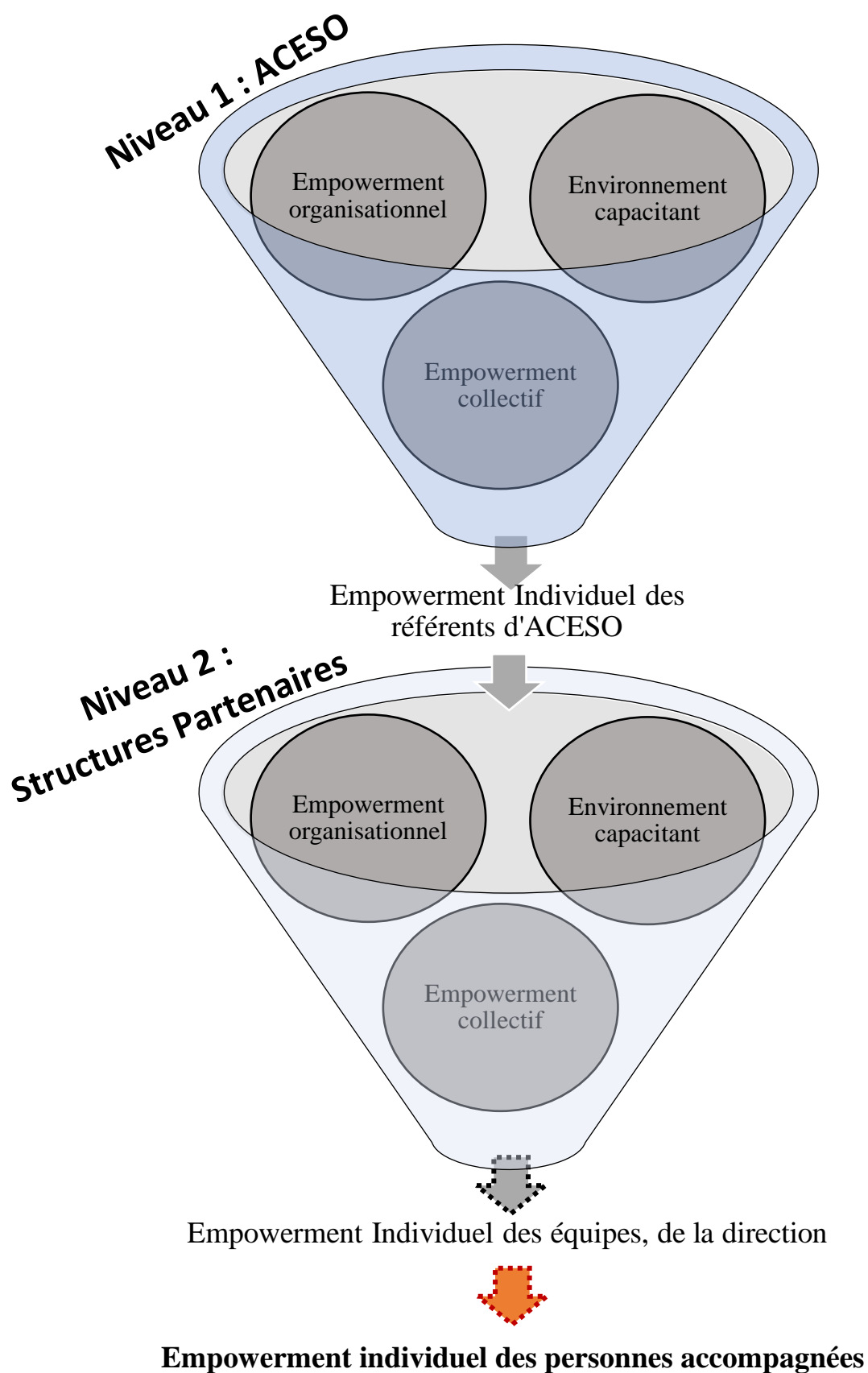


Figure 4: Théorie d'intervention au sein du projet ACESO

Cependant, l'utilisation du cadre national a demandé de légers ajustements pour qu'il s'adapte à ACESO du fait qu'il concernait les accompagnants (et seulement de manière indirecte les personnes accompagnées). Par exemple, « accompagnement » a été remplacé par « appui » pour éviter qu'il y ait une confusion entre l'AAS et la démarche d'amont mise en place par le Pôle de Ressources en ETP (tableau 6). Cette validation de la théorie d'intervention a permis son utilisation pour la rédaction du rapport d'auto-évaluation du projet ACESO. Les résultats détaillés permettant de renseigner l'ensemble des critères des deux entonnoirs ont nourri le rapport d'autoévaluation du projet (annexe 1).

L'objectif du projet ACESO, étant l'*empowerment* des personnes accompagnées, il reste à interroger si ces transformations de pratiques individuelles et organisationnelles ont un impact positif sur l'*empowerment* individuel des personnes accompagnées.

Tableau 6: Ajustement du cadre évaluatif de l'évaluation nationale des programme d'AAS pour qu'il s'adapte au projet ACESO

<i>Empowerment individuel</i>	
Cadre évaluatif national AAS (Gross O., 2021)	Cadre évaluatif ACESO
1.1 : Littératie en santé	1.1 : Littératie en santé des accompagnants
1.2 : Conscience de sa situation de santé	1.2 : Conscience de sa pratique professionnelle et de ses représentations
1.3 : Sentiment de contrôle	1.3 : Sentiment de contrôle sur les pratiques d'accompagnement
1.4 : Nouvelles réalisations	1.4 : Nouvelles réalisations
1.5 : Estime de soi	1.5 : Estime de soi
1.6 : Liens sociaux	1.6 : Liens sociaux
1.7 : Accès et interactions avec les ressources	1.7 : Accès et interactions avec les partenaires et ressources
<i>Environnement capacitant</i>	
Cadre évaluatif national AAS (Gross O., 2021)	Cadre évaluatif ACESO
2.1 : Accompagnement multimodal dans la durée	2.1: Appui multimodal, dans la durée
2.2 Accessibilité de l' accompagnement	2.2 : Accessibilité de l'appui
2.3 Nouvelles pratiques d' accompagnement encadrées, régulées	2.3 : Pratiques d' appui régulées, encadrées
2.4 Approches par les pairs	2.4 : Approches par les pairs (communauté de pratiques)
2.5 Nouveaux outils, nouveaux moyens de communication	2.5 : Développer de nouveaux outils ou moyens de communication
2.6 Formation, information des professionnels	2.6 : Former, informer les accompagnants (professionnels ou bénévoles) aux pratiques d'accompagnement
2.7 Nouveau métiers, nouvelles missions, nouvelles fonctions	2.7 : Nouveaux métiers, nouvelles missions, nouvelles fonctions
2.8 Actions pour améliorer la qualité de l' accès aux ressources, l'accès à la citoyenneté	2.8 : Actions pour favoriser l'accès à des ressources au sein du projet dans le but d'améliorer les pratiques

<i>Empowerment collectif</i>	
Cadre évaluatif national AAS (Gross O., 2021)	Cadre évaluatif ACESO
3.1 Identification des besoins transversaux et des réponses y afférant	3.1 : Identification des besoins transversaux des référents et des réponses y afférant au sein du projet
3.2 Identification collective des déterminants de santé (autres qu'individuels)	3.2 : Identification collective des difficultés communes (autres qu'individuelles ou propres à chaque organisation)
3.3 Sentiment de contrôle sur les ressources	3.3 : Sentiment de contrôle des référents sur les ressources nécessaires à l'amélioration de leurs pratiques
3.1 Identification des besoins transversaux et des réponses y afférant	3.1 : Identification des besoins transversaux des référents et des réponses y afférant au sein du projet
<i>Empowerment organisationnel</i>	
Cadre évaluatif national AAS (Gross O., 2021)	Cadre évaluatif ACESO
4.1 Participation effective des partenaires au sein des instances de pilotage et de gouvernance	4.1 : Participation effective des partenaires au sein des instances de pilotage et de gouvernance du projet
4.2 Adaptation de l'offre d' accompagnement	4.2 : Adaptation en continu de l'offre d'appui à partir de l'usage et du sentiment d'utilité des référents
4.3 Concertations entre partenaires et acteurs de terrain pour décider de faire évoluer l'offre	4.3 : Concertations entre tous les partenaires pour décider des réorientations éventuelles

IV.3.2 Premiers effets pour les personnes accompagnées

Si le projet ACESO a des effets sur les référents et leur organisation respective en favorisant le développement du pouvoir d'agir des accompagnants, il n'en reste pas moins que l'objectif final est l'*empowerment* des personnes accompagnées. Il était nécessaire dans un premier temps de parvenir à changer les pratiques des accompagnants et de leur organisation pour qu'ensuite ces changements aient des effets pour les personnes accompagnées. Mais il serait imprudent de s'arrêter à l'*empowerment* des accompagnants, au risque d'aggraver le déséquilibre des rapports de pouvoir et de domination entre accompagnant et personne accompagnée (déjà en faveur des accompagnants).

La temporalité du projet ne permettait pas d'observer les effets pour les personnes accompagnées. Cependant, il a été possible d'observer des premiers changements de pratique allant dans le sens de l'*empowerment* des personnes accompagnées. Leur présentation ci-dessous est extraite du rapport d'auto-évaluation rédigé en grande partie par la doctorante à partir de ses données d'observation participante (particulièrement des bourses de situations).

Le processus d'auto-évaluation a fait émerger des effets pour les personnes accompagnées qu'il est possible de rattacher à des critères d'*empowerment* individuel décrits par le cadre de l'évaluation nationale. Chaque exemple de transformation de l'accompagnement permet d'illustrer pour un critère les difficultés identifiées par l'équipe dans son accompagnement, la transformation opérée dans l'organisation (« mécanisme ») pour pallier ces difficultés suite à la participation aux bourses de situations et enfin les « effets » observés pour la personne accompagnée. Nous rapportons ci-après cinq exemples :

- exemple 1 (organisation 12) : Développer le sentiment de contrôle (critère 1.3 du cadre évaluatif national de l'AAS) ;
- exemple 2 (organisation 6) : l'expérience des personnes accompagnées en termes d'accès et d'interactions avec les ressources en santé (critère 1.7 du cadre évaluatif national de l'AAS) ;
- exemple 3 (organisation 14) : conscience de sa situation de santé et liens sociaux (critères 1.2 et 1.6 du cadre évaluatif national de l'AAS)
- exemple 4 (organisation 5) : littératie en santé (critère 1.1 du cadre évaluatif national de l'AAS) ;
- exemple 5 (organisation 7) : liens sociaux et accès, interactions avec les ressources (critères 1.6 et 1.7 du cadre évaluatif national de l'AAS).

a) **Exemple 1 : développer le sentiment de contrôle (critère 1.3 du cadre évaluatif national de l'AAS) : l'exemple de l'organisation 12**

Le premier exemple porte sur la résolution de difficultés rencontrées par l'équipe pour préparer la fin d'un accompagnement par l'organisation.

Difficultés identifiées par l'équipe : La personne accompagnée souhaitait avoir son propre logement, ce qui mettrait fin à son accompagnement par l'organisation (appartements de coordination thérapeutique). Elle ne venait pas à tous ses rendez-vous et plus particulièrement à ceux prévus avec les infirmières. L'équipe se questionnait alors sur la régularité de son suivi à l'hôpital pour sa dialyse. De plus, elle rencontrait encore des difficultés de gestion de son budget (dossier de surendettement déposé à son entrée dans l'organisation). L'équipe se heurtait donc à la difficulté de préparer la sortie d'une personne alors que certaines difficultés étaient encore présentes.

Discussions dans le cadre de la Bourse de situations : Il a été pointé une absence de lien des accompagnants avec le milieu hospitalier pour savoir si elle venait à ses rendez-vous. Il a été aussi évoqué la possibilité que le suivi était trop intense, compte tenu de sa situation (beaucoup de rendez-vous, entre ses consultations médicales à l'hôpital et celles de l'organisation). Le collectif a mis en évidence les ressources de la personne : elle savait s'appuyer sur son entourage (lien et soutien notamment via un réseau de femmes africaines), que l'équipe pourrait mobiliser. Il a été proposé à l'équipe de trouver des ressources professionnelles proches de son futur logement (assistant social, etc).

Transformations dans l'organisation : Création de liens avec le milieu hospitalier où elle était suivie (elle venait à ses rendez-vous), et avec une assistante sociale proche de son domicile qui pourra faire des retours et rassurer l'équipe, proposer un suivi sur le plus long terme (hors murs).

L'équipe s'est rassurée car la personne était suivie. L'équipe a aussi travaillé ses représentations en identifiant les forces de la personne (son entourage, sa capacité de suivre ses traitements en milieu hospitalier, etc.)

Effets pour la personne : En concertation avec la personne, un calendrier numérique sur son smartphone et des virements automatiques pour les dépenses mensuelles ont été mis en

place. De plus, elle a pu bénéficier de temps d'éducation autour de la gestion de ses ressources (par exemple : ne pas oublier les virements mensuels automatiques) et le suivi de sa comptabilité. Elle a pu sortir de l'organisation avec une assistante sociale à proximité de son nouveau logement. Elle a un suivi de transition de 3 mois avec l'organisation et, au besoin, elle pourra recontacter l'organisation après ce délai.

b) Exemple 2 : expérience des personnes accompagnées en termes d'accès et d'interactions avec les ressources en santé (critère 1.7 du cadre évaluatif national de l'AAS) : exemple de l'organisation 6

Le deuxième exemple porte sur la résolution de difficultés rencontrées par l'équipe pour identifier les besoins et faire accepter l'accompagnement à la personne accompagnée.

Difficultés identifiées par l'équipe : La personne demandait une consultation médicale, mais n'avait pas de couverture sociale. Elle se plaignait de son domicile et exprimait la volonté de déménager. Une aide sociale a été envoyée sur place pour une première visite (pour voir s'il était possible de lui obtenir des aides sociales pour déménager ou restaurer son logement) mais elle n'est pas parvenue à ce que la personne la laisse entrer. Après plusieurs essais, deux membres de l'équipe ont réussi à rentrer dans le logement. Ils ont estimé que l'appartement était insalubre (frigorifère en panne par exemple) et que la personne était dans une situation de précarité économique que ne laissait pas soupçonner son apparence très soignée. À la suite de démarches conjointes avec d'autres associations, l'équipe a obtenu des financements pour rénover son appartement, mais la personne refusait les visites nécessaires aux travaux. La rénovation n'a pas pu être réalisée. À la suite de ces événements la personne a arrêté son suivi mais elle est revenue quelque temps après pour un problème de santé et l'équipe a pu alors renouer un lien avec elle. Son envie de déménagement s'est précisée à cette occasion : elle souhaitait déménager dans la maison familiale avec ses frères, ce qui était impossible selon son fils car elle avait rompu avec sa famille depuis plusieurs années. L'équipe se posait des questions sur l'éventuelle présence de troubles cognitifs. L'inquiétude majeure était la rupture de soins et de lien avec la personne. Une autre difficulté était d'identifier ses besoins car elle n'avait pas de demande explicite (autre que de déménager dans sa famille) et refusait les aides pour aménager son logement.

Discussions dans le cadre de la Bourse de situations : Les normes de la personne n'étaient pas les mêmes que celles de l'équipe. La personne n'avait peut-être pas l'impression de vivre dans un logement insalubre. Elle avait le projet d'aller chez ses frères dans la maison de famille. Même s'il n'était pas réalisable sur le moment selon son fils, la personne avait quand-même un projet.

Transformations dans l'organisation : L'équipe a identifié ses représentations sur le logement de la personne. Elle a changé de posture pour essayer de mieux comprendre ses valeurs. L'équipe s'est concentrée sur la nécessité de recréer du lien avec elle pour éviter de la perdre de vue et lui garantir un suivi médical adapté.

Effets pour la personne : La personne a obtenu l'ouverture de ses droits pour une complémentaire santé. Elle a été laissée libre de solliciter l'organisation quand elle le souhaitait, et l'organisation ne proposera plus de changements qui n'auront pas été demandés par la personne ou par son fils. Un accompagnement pour aider son fil a été aussi entrepris à sa demande car il évoquait des difficultés dans son rôle d'aidant.

c) **Exemple 3 : Conscience de sa situation de santé et liens sociaux (critères 1.2 et 1.6 du cadre évaluatif national de l'AAS) : exemple de l'organisation 14**

Le troisième exemple porte sur la résolution de difficultés rencontrées par l'équipe qui n'arrivait pas à identifier si les difficultés rencontrées par la personne dans son accompagnement étaient dues à une difficulté de compréhension de la maladie ou de littératie ou si elles étaient dues à sa situation sociale.

Difficultés identifiées par l'équipe : La personne rencontrait des difficultés à honorer ses rendez-vous, qu'ils soient médicaux ou professionnels. De plus, elle prenait ses traitements de manière irrégulière car elle était hébergée chez des personnes n'ayant pas de papiers, et qui lui faisaient des reproches à propos de l'utilisation de médicaments. Enfin, elle évoquait une tension avec l'hôpital et souhaitait arrêter son suivi car le médecin lui aurait fait des avances sexuelles. Sa ponctualité aléatoire ne lui permettait pas de dépasser la période d'essai, malgré une volonté exprimée d'avoir un emploi et un logement. Les questions de l'équipe étaient alors : est-ce que la difficulté d'observance est due uniquement à sa situation ou est-ce que la personne a une difficulté de compréhension de la maladie ou de la langue, ce qui ne lui permet pas de comprendre toutes les informations (malgré un français parlé très bien maîtrisé). Comment aider la personne dans son suivi hospitalier pour qu'elle n'arrête pas son traitement ?

Discussions dans le cadre de la Bourse de situations : Un trop grand nombre d'interlocuteurs dans l'organisation a été identifié par le collectif. Cela pouvait perdre la personne et empêchait l'équipe d'intégrer les informations obtenues par chacun. Le collectif a proposé d'identifier une personne référente au sein de l'organisation qui pourrait se charger de lui rappeler ses rendez-vous et lui traduire les données médicales au besoin. Pour le suivi, il est apparu que la personne n'avait pas de médecin traitant. Ce dernier pourrait faire du lien avec l'hôpital (pas d'accès aux données de santé possible pour l'équipe de l'organisation) et permettre d'éviter un arrêt des soins hospitaliers. Le soutien par les pairs pour favoriser la construction de liens de confiance et réinterroger ses croyances vis-à-vis de la maladie et de sa sexualité (parler de l'homosexualité) a aussi été proposé. De même une consultation d'ethnopsychologie a été envisagée.

Transformations dans l'organisation : Une personne référente a été mise en place dans l'organisation pour faire le lien avec les autres membres de l'équipe et jouer le rôle d'interprète. Son rôle est aussi de lui rappeler ses rendez-vous (sms envoyé la veille) et même d'accompagner la personne chez le futur médecin traitant et servir d'interprète.

Effets pour la personne : La personne a pu mieux gérer ses rendez-vous professionnels et médicaux. Sa réticence face au traitement a diminué et sa maladie s'est stabilisée. Elle a eu accès à un médecin traitant et continue son suivi hospitalier. Des consultations d'ethnopsychologie ont aussi été mises en place.

d) Exemple 4 : littératie en santé (critère 1.1 du cadre évaluatif national de l'AAS) : exemple de l'organisation 5

Le quatrième exemple porte sur la résolution de difficultés rencontrées par un référent qui avait du mal à trouver le juste niveau d'information à donner et à ne pas être dans une posture d'expertise (par exemple : ne pas donner son avis ou donner des conseils).

Difficultés identifiées par l'équipe : Au sein de l'équipe, l'accompagnement reposait uniquement sur une personne, qui évoquait des difficultés de positionnement. On lui demandait souvent un avis. Sa pratique quotidienne reposait surtout sur de la délivrance de conseils. À la suite de sa participation au projet ACESO et aux bourses de situations, elle a accepté de remettre en question cette posture, tout en évoquant ses difficultés pour la modifier. Elle s'est tournée vers une posture reposant sur de l'information et un suivi de la personne dans le temps. En effet, une autre difficulté évoquée était qu'il était difficile pour elle d'évaluer ses accompagnements par manque de retour de la personne. Suite aux bourses de situation, elle a mis en place un système pour recontacter la personne et pour mettre en place un second temps d'échange afin de pouvoir répondre aux mieux aux besoins de la personne et avoir un retour sur ses pratiques.

Discussions dans le cadre de la Bourse de situations : Les membres du collectif ont mis en avant les éléments suivants : la nécessité de préciser que l'organisation n'était pas là pour donner un avis mais pour donner les informations et fournir les ressources utiles à la prise de décision libre et « éclairée » de la personne ; l'importance des rencontres en présentiel (quand c'est possible) pour créer du lien ; et enfin la possibilité de reprogrammer des rendez-vous à la fin de chaque rencontre pour favoriser les retours.

Transformations dans l'organisation : L'organisation a commencé par favoriser, dès que cela était possible, une rencontre sur place ou en présentiel pour créer un lien de confiance et mieux préciser la demande et les besoins de la personne. La référente a arrêté de donner son avis sur les traitements et s'est limitée à exposer tous les traitements possibles avec leurs avantages et inconvénients, pour que la personne puisse choisir en fonction de son mode de vie. Elle adaptait aussi ses interventions en fonction des personnes et donnait différents supports d'informations aux personnes accompagnées.

Effets pour la personne : La personne accompagnée s'est vue offrir une liberté de choix et a reçu l'ensemble des informations nécessaires à sa prise de décision. Elle augmentait ainsi ses connaissances sur ses problématiques de santé mais aussi sur ses capacités à chercher, trouver et analyser des informations de santé. Au besoin, la personne peut être orientée vers de l'ETP en lien avec l'organisation.

e) **Exemple 5 : Liens sociaux et accès, interactions avec les ressources (critères 1.6 et 1.7 du cadre évaluatif national de l'AAS) : exemple de l'organisation 7**

Cet exemple porte sur la résolution de difficultés rencontrées par un référent qui avait du mal à trouver la juste posture dans l'accompagnement et à ne pas en faire trop pour la personne accompagnée (et non pas avec elle).

Difficultés identifiées par l'équipe : La personne était très isolée, elle vivait dans un foyer mais n'avait pas de lien avec les autres résidents (elle ronflait, ce qui empêchait les autres de dormir...) et était isolée de sa famille. A la suite de la première rencontre avec une salariée de l'organisation, un manque d'information sur sa maladie a été identifié. Il lui a été proposé de l'ETP, mais le premier atelier a été très difficile pour elle, ce qui a failli compromettre son lien avec l'organisation. La salariée a su renouer le lien avec la personne, qui a commencé à venir très régulièrement, mais souvent avec des demandes qui dépassaient le champ de compétence de l'organisation. La salariée évoquait aussi une difficulté relationnelle vis-à-vis de la personne. Elle se demandait comment orienter à l'extérieur pour répondre à certaines demandes mais sans entraîner de rupture avec l'organisation et aussi comment retravailler sa posture vis-à-vis de la personne accompagnée.

Discussions dans le cadre de la Bourse de situations : Le collectif a identifié que la personne avait des ressources (elle gérait bien son travail, malgré la maladie) et qu'il ne fallait pas créer une dépendance excessive. Il était nécessaire de l'aider dans son suivi médical et dans la construction de liens sociaux. Il fallait donc trouver des partenaires avec qui travailler en confiance et pouvoir suivre l'évolution de la situation de la personne.

Transformations dans l'organisation : Il y a eu une prise de recul de l'accompagnante grâce aux discussions du collectif. Elle a réalisé que le fait de n'avoir pas de retour de la part de la personne la mettait en situation d'échec. Elle a pris conscience de l'importance de la délégation pour répondre à des besoins spécifiques, comme la mise en relation avec une avocate (pour les papiers) et avec un hépatologue. La participation à des groupes d'entraide ou groupes de parole a aussi été évoquée pour que la personne puisse créer des liens sociaux.

Effets pour la personne : Grâce à une meilleure maîtrise de la délégation, la personne a pu avoir accès à un outil numérique pour suivre sa maladie et continuer à travailler ; un accès à

une avocate pour l'aider dans ses démarches pour la demande de papiers ; et elle a été mise en relation avec des groupes de parole pour discuter avec d'autres personnes malades, pouvoir identifier ses ressources et créer du lien (ce dont elle s'est emparée).

Ainsi, quelques premiers effets chez les personnes accompagnées ont été rapportés lors des bourses de situations et des retours de bourses. Si ces effets augurent d'une dynamique de changement tournée vers une approche centrée sur la personne accompagnée et une plus grande participation des personnes accompagnées dans leur accompagnement, ils n'en restent pas moins anecdotiques. Il reste à les documenter de manière plus systématique auprès de l'ensemble des organisations partenaires et à vérifier si la perception des équipes est en accord avec la réalité perçue des personnes accompagnées.

Ces premiers retours sont malgré tout essentiels car ils semblent valider la théorie d'intervention du projet ACESO : par son impact sur les pratiques des référents (premier entonnoir de la théorie d'intervention) il y a eu des effets en halo sur les pratiques au sein de leurs organisations (second entonnoir de la théorie d'intervention) qui semblent produire des effets en termes d'*empowerment* de certaines personnes accompagnées.

Ces premiers exemples montrent aussi la diversité des changements possibles et il est d'ores et déjà apparu que leur intensité varie selon le degré de transformation des organisations partenaires. Si cette recherche met en évidence les effets au sein de la communauté de pratique et des mécanismes ayant conduit à des transformations de pratiques des individus et des organisations, il restait à comprendre le rôle du porteur de projet tiers dans la mise en place de ces mécanismes ou dans la création des conditions nécessaires pour obtenir les effets identifiés. C'est ce à quoi a été consacré le second article.

IV.4 Caractérisation du processus d'animation et des impacts du projet en fonction des organisations

Une fois identifiés les effets du projet sur les référents et leur organisation, la recherche a porté sur la caractérisation des mécanismes ayant conduit à ces effets dans la perspective d'en tirer des leçons pour l'avenir. Si l'éventualité d'un « effet de halo » permet d'expliquer une partie de leur diffusion, ce phénomène reste passif et ne rend pas compte de la démarche active des référents au sein de leur organisation, ni du rôle du porteur de projet. En particulier, les référents soulignaient l'importance du porteur de projet, comme organisation d'appui, dans l'animation du collectif et dans les dynamiques collaboratives, sans pour autant parvenir à caractériser son rôle : « *Il y a la compétence du Pôle ETP qui se met dans le projet ACESO. Et on a besoin de ses savoir-faire. Il y a quand-même une maturité du Pôle ETP qui s'installe et qui donne de la chair à ACESO* » (entretien individuel, directeur de l'organisation 2).

ACESO offre la possibilité d'entrer dans la boîte noire de l'animation d'un collectif et de comprendre le rôle d'une organisation d'appui alors que ces dernières se multiplient dans le monde de la santé, autour de la qualité – sécurité des soins ou de la prévention des maladies – promotion de la santé, des éducations en santé. Ces organisations visent à soutenir les pratiques et les projets des acteurs de terrain pour améliorer la santé de la population et améliorer les parcours de soin en les coordonnant tout en les structurant (131). Elles peuvent être de nature différente : structures gouvernementales, organismes non gouvernementaux, agences de santé, universités, associations, etc... Leur objectif est d'apporter un soutien aux acteurs de terrain en leur fournissant une expertise spécialisée, des ressources et surtout un pilotage pour les aider à mettre en œuvre leur projet. Du fait de leur fonction, elles jouent un rôle de médiation entre les autorités ou les instances de santé et les différents acteurs de terrain (sanitaire, social, médico-social). La coordination des acteurs est au cœur de leur mission.

Elles soutiennent les acteurs dans la recherche de sens dans les situations conflictuelles ou problématiques, ce qui conduit progressivement à la construction de nouvelles normes partagées. Ces organisations ont alors un rôle de tiers dont la fonction principale est d'appuyer la dynamique collaborative, de mettre en place l'animation nécessaire à la conduite des projets et favoriser la coordination de l'action collective (149).

La question du tiers en santé publique devient centrale puisque les politiques régionales se tournent de plus en plus vers ce type d'organisations pour développer la coordination entre les acteurs de terrain (150). D'où l'intérêt de caractériser leur rôle et leur fonctionnement.

Avec le second article, nous proposons des pistes de réflexion pour caractériser le rôle de ces organisations d'appui en tant que tiers en nous appuyant sur le cas du Pôle de Ressources en ETP au sein du projet ACESO. Il apparaît que celui-ci a joué un rôle proche de la fonction de tercésation décrite en sciences de gestion. Cette dernière vise à appuyer la réflexivité des participants au projet pour construire de nouveaux compromis, faire émerger de nouvelles compétences nécessaires à l'action et être acteurs de leur propre transformation. L'objectif de l'article était de caractériser les mécanismes de la tercésation mis en place au sein du projet ACESO et de déterminer s'il existait d'éventuelles spécificités liées au champ de la santé.

IV.4.1 Article 2 : Caractérisation du processus d'animation de la structure d'appui

Cet article a été soumis au Journal de Gestion et d'Economie de la Santé. Une version révisée est en cours d'évaluation par le journal. Il décrit le processus de tercésation accompli par les référents et appuyé par le Pôle ETP à l'origine des changements de pratique clinique et organisationnelle d'AAS.

L'objectif de l'article était de caractériser le processus ayant abouti à une transformation des pratiques au niveau des membres de la communauté de pratique et de leur organisation. Pour cela, une analyse qualitative a été menée. Elle a mobilisé une triangulation des données d'entretiens individuels, de focus groupes, d'analyses documentaires et d'observations participantes. Les cinq dimensions de la fonction de tercésation ont été utilisées comme grille d'analyse principale : (1) contribuer à une problématisation non routinière ; (2) créer un nouveau système d'action ; (3) désenrôler et réenrôler ; (4) encourager la démarche par essais et erreurs et ses ajustements ; (5) favoriser la comparabilité. Le codage utilisé a permis aussi de faire émerger d'autres catégories qui ont conduit à identifier deux nouvelles dimensions de la fonction de tercésation.

L'animation d'une communauté de pratique inter-organisationnelle : une condition d'amélioration des pratiques professionnelles dans les champs sanitaire et social.

Animation of an inter-organizational community of practice as a condition for improving professional practices in the health and social field.

Alexia Zucchello^{1,2}, Mariana Dorsa², Pierre Lombrail¹, Pierre-Yves Traynard², Olivia Gross¹

Résumé

Les communautés de pratiques sont identifiées comme des moyens privilégiés de gestion de la connaissance, pourtant leur animation reste peu décrite. La recherche visait à décrire la méthode d'animation d'une communauté de pratique intentionnelle inter-organisationnelle autour d'un projet dénommé ACESO pour Accompagnement Evolutif et Solidaire. La méthode d'animation s'apparentait à celle mise en œuvre par un tiers tercésateur (Xhaufclair et Pichault, 2012). Les tiers tercésateurs s'appuient sur les expériences des acteurs pour développer leur pensée critique, les aider dans le passage à l'action et maintenir les changements dans la durée. Afin de caractériser le processus ayant abouti à une transformation des pratiques, l'analyse qualitative, mobilisant une triangulation des données (entretiens, focus groupe, analyses documentaires et observations participantes) s'est appuyée sur les cinq dimensions de la tercésation. Les cinq dimensions de la tercésation ont permis de rendre compte d'une partie du processus suivi. Deux autres dimensions ont été identifiées : le développement de valeurs communes comme socle d'une dynamique collaborative et la transformation du tercésé en tercésateur comme condition de la pérennité des changements. La tercésation facilite la gestion des connaissances et l'auto-transformation des acteurs au sein d'une communauté de pratique. La transformation du tercésé en tercésateur facilite aussi la

diffusion au sein de chacune des structures partenaires du projet. Ces résultats permettent de mieux comprendre l'intérêt d'un tiers tercésateur dans l'animation d'une communauté de pratique intentionnelle et dans la gestion de connaissance inter-organisationnelle.

Mots-clefs : soins de santé, inter-organisationnel, tercésation, communauté de pratique, réflexivité, empowerment, analyse de pratique, valeurs

Abstract

Communities of practice are identified as privileged means of knowledge management, yet their animation remains poorly described. The research aimed at de-identifying the method of animation of an intentional inter-organisational community of practice around a project called ACESO for Accompagnement Evolutif et Solidaire. The animation was similar to "tercing third party" (Xhaufclair and Pichault, 2012). "Tercing third party" draw on the experiences of the actors to develop their critical thinking, help them to take actions and maintain the changes over the time. In order to characterise the process that led to a transformation of practices, the qualitative analysis, mobilising data collected using complementary methods (interviews, focus groups, documentary analysis and participant observation), was based on the five dimensions of tercetisation. The analysis

confirms the effectiveness of the five dimensions of tercetisation and identifies two others: the development of common values as the basis of a collaborative dynamic and the transformation of the « terced » into a “tercing third party” as a condition for the sustainability of the changes. Tercetisation facilitates knowledge management and the self-transformation of actors within the community of practice. The transformation of the « terced » into a “tercing third party” also facilitates dissemination within each of the

project’s partner structures. These results allow us to better understand the interest of a “tercing third party” in animation of an intentional community of practice and in the management of inter-organizational knowledge..

Keys words : health care, interorganisational, tercetisation, community of practice, reflexivity, empowerment, practice analysis , values

¹Laboratoire Éducatifs et Promotion de la Santé (LEPS), UR 3412, Université Sorbonne Paris Nord, 93017 Bobigny, France

²Pôle de Ressources, en Éducation Thérapeutique du Patient, Ile-de-France, 75020 Paris, France

Introduction

Le recours aux communautés de pratique est plus récent dans le monde de la santé publique que dans celui de l’entreprise (151). Pourtant, les professionnels de la santé doivent combiner connaissances scientifiques/théoriques (connaissances explicites), connaissances pratiques/expérientielles (connaissances tacites) et prendre en compte les ressources disponibles dans le contexte de leur exercice (connaissances implicites) (152). De plus, leurs connaissances expérientielles et pratiques sont rarement formalisées et ne sont donc pas exportées ni exportables. Or, la capitalisation de connaissances est impossible sans que soient partagées les connaissances expérientielles et pratiques, sans que les acteurs échangent et interagissent, comme le permettent les communautés de pratiques (153). La gestion des connaissances (création, maintien, partage, diffusion, utilisation et gestion des connaissances) est ainsi au cœur des enjeux des communautés de pratiques. Les apprentissages qui s’y développent sont centrés sur les besoins des acteurs. Ils

permettent une meilleure mise en relation entre pairs via le réseau, un accès plus rapide à de nouvelles connaissances ou à des conseils et ils réduisent l’isolement (2). Ces communautés se constituent autour d’une préoccupation ou d’un intérêt commun pour apprendre à plusieurs de nouvelles façons de mieux faire. Il existe plusieurs types de communautés de pratiques : des communautés intra-organisation et inter-organisationnelles. Quel que soit le type de regroupement, les communautés de pratique s’inscrivent dans la régularité et la durée (154). Elles reposent sur un engagement volontaire de leurs membres qui s’engagent dans un processus de partage et de construction de connaissances. En contrepartie de cet engagement, ils vont développer de nouvelles compétences, notamment à travers la construction d’un répertoire commun de ressources (155). L’intérêt que soulèvent les communautés de pratique se remarque aux nombreuses études (155) qui en explorent l’utilité et les facteurs favorisants ou limitants. Si le cycle de vie de ces communautés est connu (2), leur animation, reconnue comme primordiale, n’a été que peu décrite (2). Elle est d’ailleurs identifiée comme posant un des défis majeurs

(156). Tandis que de plus en plus d'organisations mettent en place des communautés de pratiques, là où encore récemment on les laissait émerger spontanément, leur animation doit faire l'objet d'un effort de formalisation.

À cet effet, la recherche a porté sur un projet dénommé ACESO pour Accompagnement Evolutif et Solidaire et visé à décrire la méthode d'animation d'une communauté de pratique intentionnelle (2) par opposition aux communautés de pratique spontanées. Ce projet rassemblait 21 structures partenaires dans le champ du sanitaire et du social et il était piloté par le Pôle de Ressources en Education Thérapeutique Ile-de-France (Pôle ETP). Elles se sont instituées en communauté de pratique avec pour objectif de questionner et d'améliorer les pratiques d'accompagnement à l'autonomie en santé (AAS) des acteurs qui la composaient. Il s'agissait tant d'apprendre les uns des autres, que de reconsidérer les postures de chacun, tant les acteurs ont tendance à garder le contrôle, à penser pour les personnes accompagnées et non avec elles (54), à être insuffisamment centrés sur la personne et encore moins sur son autonomie. De plus, les logiques de professionnalisation des différents acteurs (157) et les pratiques en silo qui en découlent n'aident pas à la collaboration entre les professionnels du sanitaire et du social, car cela suppose un haut niveau de communication dont l'atteinte est difficile. En pratique, malgré les intentions, la continuité des parcours des personnes accompagnées se met difficilement en place et la question du « faire-ensemble reste donc partiellement non résolue » (158). Dans un objectif de transférabilité, il s'agissait d'identifier les processus permettant d'accompagner les changements requis. Nous nous attacherons particulièrement à décrire le rôle du Pôle ETP, considérant que son animation est à exemplifier face à la lenteur et à la complexité des changements individuels, collectifs et davantage encore organisationnels.

L'animation est identifiée comme une condition de réussite d'une communauté de pratique qui requiert d'allier autonomie et liberté des acteurs (pour laisser la place à la spontanéité et à l'innovation) et rigueur nécessaire à la capitalisation des connaissances. L'animation conduite a été analysée à l'aune de la pratique d'un « tiers tercésateur », tel que décrite par Xhaufclair et Pichault (134) dans le cadre de leur travaux sur l'émergence de compromis sociaux inter-organisationnels dans le champ des sciences de la gestion. La notion de « tercésateur » a des caractéristiques auxquelles le tiers échappe. En effet, le tercésateur ne se positionne pas comme expert (vision classique du tiers) ni n'endosse une vision neutre et distante (exemple du tiers facilitateur ou médiateur) pas plus qu'il ne possède une autorité légitime (exemple de l'Etat) (134). Au contraire, le tiers tercésateur endosse un rôle qui vise à mettre les membres de la communauté en position d'acteurs (134,159). Le concept s'intègre dans la lignée de la tercésation de Jacques Lenoble et Marc Maesschlack qui se rapporte à un processus de capacitation et d'auto-transformation et au développement de la réflexivité des professionnels pour devenir des praticiens réflexifs dans l'acception de Donald Schön (134,159–162). Le tercésateur fait partie intégrante du collectif et ne se positionne pas en tant qu'expert du contenu mais de la méthode puisque ce n'est pas lui qui transmet les apprentissages, mettant seulement en place les conditions pour que les membres du collectif développent leur réflexivité et fassent de nouveaux apprentissages. Ils seront en mesure de les diffuser dans leur propre structure, si celle-ci leur en donne les moyens, conduisant à des apprentissages collectifs et organisationnels (163).

ACESO s'apparente à une communauté de pratique intentionnelle inter-organisationnelle qui requiert une animation spécifique pour dépasser les logiques professionnelles et favoriser l'explicitation des connaissances et

l'émergence de nouveaux apprentissages. La question qui a guidé la recherche était la suivante : comment l'animation mise en œuvre a-t-elle favorisé les changements de pratiques observés ? Nous présenterons dans un premier temps, le contexte de la création de la communauté de pratique du projet ACESO et la méthode de recherche mise en œuvre. Puis, nous montrerons en quoi consistait la méthode d'animation et la décrirons au regard du concept de tercésation. Enfin nous discuterons du rôle et de la plus-value de la fonction de tercésation dans la gestion des connaissances, ce qui conduira à introduire la dimension pédagogique du tiers tercésateur.

Méthode

Contexte

Par son article 92, la Loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) invitait, à titre expérimental et pour une durée de cinq ans, à mettre « en œuvre des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif » notamment pour les personnes malades chroniques. La LMSS précisait que l'accompagnement a pour but « l'autonomie de la personne » (d'où leur dénomination : projets d'« accompagnement à l'autonomie en santé » - AAS), l'autonomie étant à prendre au sens d'empowerment, c'est-à-dire de pouvoir d'agir. Le développement de ce pouvoir ne va pas de soi, d'autant plus qu'il ne devrait pas entraîner une sur-responsabilisation des personnes (43). Éviter ce dernier risque convoque une vision intégrative de l'empowerment selon laquelle celui-ci dépend certes des compétences individuelles des personnes accompagnées, mais aussi de facteurs collectifs, organisationnels (9) et liés à l'environnement des personnes (leur contexte de vie). Il est également attendu que les dispositifs d'accompagnement mettent en place des approches globales et centrées sur

les personnes accompagnées (31). Actuellement, il existe un écart entre la pratique souhaitée (ce qu'on souhaite faire), la pratique pensée (ce qu'on pense faire) et la pratique réellement réalisée (ce que l'on fait) (19). Cet écart conduit à des pertes de sens majeures et à un sentiment d'impuissance des acteurs de l'accompagnement (164). Dépasser ces états de fait suppose que les acteurs développent de nouvelles compétences pour construire de nouvelles modalités d'action. Ceci n'est possible que si les organisations qui les emploient encouragent l'innovation et une « culture de formation et d'apprentissage » (148,165).

ACESO

C'est pour faire face à ces défis, que s'est monté un des projets sélectionnés dans le cadre de l'expérimentation mentionnée : le projet « ACcompagnement Evolutif et SOLidaire » (ACESO). Il proposait d'améliorer les pratiques d'AAS en les recentrant sur l'approche centrée sur les personnes accompagnées, leur empowerment et le développement de la collaboration interprofessionnelle. L'objectif était d'aider les équipes des organisations hétérogènes, appelées « structures partenaires », à développer de nouvelles compétences. Il s'agissait de compétences relationnelles et communicationnelles en vue notamment d'éviter les postures paternalistes ou de sur-responsabilisation ; de compétences de collaboration pluriprofessionnelles et avec les personnes accompagnées et de compétences de réflexivité pour favoriser la prise de recul nécessaire pour auto-évaluer ses pratiques. Cela nécessitait de passer par identifier leurs zones de complémentarité et déterminer des actions, des connaissances et des ressources mutualisables. L'idée qui a guidé ce projet était la suivante : pour améliorer les pratiques d'AAS et pour qu'elles visent l'empowerment des personnes concernées, les personnes ayant

des pratiques d'accompagnement doivent elles-mêmes faire l'expérience de la coopération et du développement de leur propre pouvoir d'agir.

L'équipe constituée autour du projet ACESO était composée de 6 membres : 2 coordinatrices respectivement responsable du volet administratif/opérationnel du projet et de l'animation du collectif, 2 superviseurs pour les aspects stratégiques et 2 doctorantes en charge de l'auto-évaluation du projet et de la recherche.

Chacune des 20 structures (5 associations de patients et 12 structures du sanitaire et du social (dont le porteur de projet), 2 équipes universitaires et 1 living lab) était représentée par 1 ou 2 de ses membres y compris éventuellement de la direction, appelés « référents ». Les référents participaient aux différents groupes de travail en fonction de leur intérêt. L'inscription se faisait sur la base du volontariat mais une fois inscrits, ils s'engageaient à y participer jusqu'à la clôture du groupe ou le renouvellement de ses membres. Le projet s'est construit chemin faisant au rythme de séminaires, colloques et groupes de travail. Les séminaires, qui réunissaient l'ensemble des référents, avaient lieu deux fois par an. Il y était fixé les grandes orientations du projet

ainsi que les thématiques des groupes de travail à venir, mutualisé les productions des groupes de travail (tableau 1) et construit un patrimoine collectif de ressources, lequel était aussi nourri par des colloques portant sur les questions que se posaient des référents.

Recueil des données

Les sources de données ont été variées afin de viser l'objectivité (« multiple sources of evidence ») (166) : des entretiens (n=14) d'une durée moyenne de 1h14 (de 50 min à 2h15) dont 7 directeurs de structures partenaires et 7 salariées (médecin généraliste (n=1), diététicienne (n=1), infirmières (n=2), assistante sociale (n=1), coordinatrice vie associative (n=1), chargée de mission (n=1)), des focus group (n=10) d'une durée moyenne de 1h35 (entre 1h12 et 2h25), des analyses documentaires sur les productions réalisées au sein du projet (n= 52) et des observations participantes (n=72) réalisées sur une durée de 3 ans dans les différents groupes de travail du projet dont l'objectif était de repérer les interactions entre le porteur de projet et la communauté de pratique et des membres de la communauté de pratique entre eux (tableau 1).

Tableau 1 : Observations réalisées

Groupes de travail (n=72)	Description
Comité de pilotage (copil) (n=9)	Prise de décision par les référents pour déterminer les orientations du projet à venir (3 réunions par an)
Groupe budget (n=4)	Allocation des ressources et gestion des dépenses du projet (2 réunions par an)
Groupe évaluation (n=2)	Réflexion sur l'évaluation de l'AAS au sein du projet et de son intégration dans le cadre de l'évaluation des projets de l'expérimentation nationale d'AAS.
Groupe glossaire (n=6)	Travail coopératif sur la définition de l'AAS. Il a donné lieu à une carte mentale sur les pratiques d'AAS. Celle-ci posait les balises des pratiques et des postures de l'AAS. Elle a été validée par le collectif lors d'un séminaire et diffusée à toutes les structures.
Visites d'étonnement (n=16)	Visites dans toutes les structures partenaires du projet pour favoriser leur connaissance mutuelle et celle de leur pratique d'AAS. Lors des visites, les référents et leur équipe présentaient la structure, son histoire, ses missions, son public et deux situations emblématiques d'AAS.
Groupe outils (n=6)	Réflexion autour des éléments nécessaires à la construction d'un outil d'aide à l'AAS. Ce groupe de travail était ouvert à des structures extérieures intéressées par la construction de l'outil (living labs et chercheurs). Il a donné lieu à un cahier de points de vigilance pour la conception ou l'amélioration d'outils d'AAS.
Bourses de situations (n=23)	Analyse de pratiques entre pairs autour de situations complexes d'AAS (avec identification de la problématique rencontrée par la structure) pour avoir d'autres points de vue sur la situation et trouver collectivement des solutions aux problèmes rencontrés. Ce temps d'analyse avait lieu environ une fois par mois. Il était ouvert à tous les membres des structures partenaires et il était recommandé que la structure qui présentait sa situation complexe d'AAS vienne avec plusieurs membres de son équipe.
Colloques (n=2)	Diffusion de connaissances scientifiques, professionnelles et expérientielles autour de l'AAS (ouverture à la communauté scientifique et à d'autres acteurs faisant de l'AAS). Les colloques ont porté sur des questionnements qu'avaient les acteurs et pour lesquels ils avaient besoin de réfléchir avec le reste de la communauté : l'« accompagnement à l'autonomie en santé : nouvelles postures ? nouvelles fonctions ? » ; l'« évaluation de l'accompagnement à l'autonomie en santé : quels enjeux ? »
Séminaires (n=6)	Temps de mutualisation du travail fait dans les différents groupes et de réflexion sur les prochaines étapes du projet. Ce temps était le seul qui réunissait l'ensemble des référents.

Les entretiens et focus groupes ont été réalisés en suivant une grille d'entretien semi-directive avec deux grands axes :

1) l'identification des effets du projet sur les apprentissages et transformations de pratiques avec des questions autour de l'évolution de la définition de l'AAS, autour des évolutions des pratiques et des postures d'AAS en lien avec la participation à la communauté, autour des transformations organisationnelles (évolutions depuis les 3 dernières années et celles directement associées au projet ACESO) et enfin autour des effets internes à la structure dont les relations entre les membres de l'équipe.

2) l'explicitation des mécanismes identifiés comme facteurs favorisant ces apprentissages en questionnant les mécanismes individuels, le rôle et l'intérêt du porteur de projet dans ce type de démarche et les mécanismes de diffusion du projet dans les structures partenaires. Les entretiens ont été retranscrits intégralement.

La grille d'observation avait un triple objectif : observer la méthode d'animation mise en place par le porteur de projet, (positionnement du porteur de projets vis-à-vis du collectif dans son rôle d'animation, déroulement des groupes de travail, place des acteurs dans les groupes de travail, interactions entre les acteurs), observer les interactions des membres de la communauté (participation au travail de groupe, interaction entre les membres de la communauté, participation d'autres membres de la structure) et observer les faits marquants ou surprenants.

L'analyse de documents et des écrits a été menée tout au long du projet sur l'ensemble des productions du projet (réponse à l'appel à projet, compte-rendu, flyers, etc.). Elle visait à croiser les productions avec les expériences plus subjectives issues des entretiens.

Analyse des données

La tercésation est une démarche qui consiste en un « apprentissage qui se construit dans et par l'action » avec comme garant méthodologique un tiers (134,159). Ses cinq dimensions ont été utilisées comme grille d'analyse principale : (1) contribuer à une problématisation non routinière (identification du besoin de changement des acteurs à travers leurs problématiques afin de dégager un axe de changement en lien avec les problématiques de chacun); (2) créer un nouveau système d'action (création d'un cadre spécifique au projet favorisant la dynamique coopérative et l'élargissement du cadre de référence des acteurs); (3) désenrôler et réenrôler (identification des porte-paroles mobilisés et distribution des rôles de chacun afin de favoriser l'association des acteurs et trouver des solutions innovantes); (4) encourager la démarche par essais et erreurs et ses ajustements (démarche itérative, pour favoriser la mise en mouvement et intégrer les attentes émergentes); (5) favoriser la comparabilité (ouverture vers l'extérieur). Enfin, le codage utilisé permettait de faire émerger d'autres catégories non conceptualisées en amont.

Pour l'ensemble des données, l'analyse a débuté après une première lecture flottante pour s'approprier le matériel. La seconde étape, étape intermédiaire de l'analyse, a été une étape d'identification « d'unités d'analyse » lors de laquelle ont été extraites des phrases ou des expressions en lien avec l'animation du projet, avec des types de connaissance ou des processus d'apprentissage. Les unités d'analyse ont ensuite été catégorisées. C'est à ce niveau qu'a été mobilisée la grille d'analyse de la tercésation. Cette méthode permet de ne pas utiliser les catégories a priori, donc d'en favoriser l'émergence de nouvelles, et de ne pas orienter l'analyse des données pour qu'elle réponde aux catégories prédéfinies.

Validité

La validité des résultats repose sur la mobilisation de différentes sources de données (acteurs du sanitaire et du social, acteurs salariés, bénévoles et directeurs) et une double triangulation : des méthodes (plusieurs méthodes de recueil de données) et des chercheurs (réalisation des entretiens en binôme). La posture participante des doctorantes favorisait des observations " in situ " (167,168) et dès lors la réduction des biais liés à la présence de chercheuses sur le terrain (169).

Un élément de validité supplémentaire est l'adhésion du collectif aux analyses produites présentées lors des différents séminaires qui ont ponctué le projet.

Considérations éthiques

La participation aux entretiens et aux focus groupes était libre et se faisait sur la base du volontariat. Le consentement oral était vérifié en amont de l'entretien. Il était possible aux acteurs de se retirer de l'enquête à tout moment sans préjudice. Chaque entretien débutait par la présentation des chercheuses et de l'objectif de la recherche. Les personnes interrogées ont eu accès à la retranscription anonymisée de leur entretien si elles le souhaitaient.

Résultats : le rôle du tercésateur dans l'amélioration des pratiques intersectorielles dans le champ socio-sanitaire

Les résultats obtenus ont mis en avant le passage d'une vision paternaliste de l'AAS à une vision centrée sur les personnes. Les échanges de pratiques au sein du collectif ont permis d'identifier des difficultés partagées et ce qui a permis de dépasser les pressions engendrées par l'impression d'incompétence. En s'appuyant sur leur propre expérience d'empowerment, les membres de la communauté de pratique ont identifié l'importance des dimensions collectives, organisationnelles et celle de l'environnement dans le développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées. Dans la foulée, ils ont été force de proposition pour initier des changements dans leurs propres structures en y développant la participation des personnes accompagnées (temps de convivialité, intégration dans des ateliers ou dans les équipes), en questionnant certaines routines organisationnelles pour recentrer les pratiques sur les personnes accompagnées (par exemple : travail sur les représentations et les processus de stigmatisation qui en découlent), en favorisant la mise en place de pratiques pluriprofessionnelles dans leur équipe (temps d'analyse de pratique et réunions pluridisciplinaires) et pour certains en créant des partenariats avec d'autres structures partenaires du projet. Le projet a permis l'amélioration des pratiques partenariales et de remotiver des acteurs en proie à un sentiment d'impuissance. Ces effets sont décrits en détail dans une autre publication (163). À la suite de ces résultats, il s'agissait d'identifier le processus d'animation de la communauté de pratique, à partir du présumé qu'ils en dépendaient. Le parti-pris de l'analyser à l'aune des cinq dimensions du processus de tercésation décrites par Xhaufclair et Pichault a permis de rendre compte du processus suivi et d'identifier deux nouvelles dimensions de la tercésation se rapportant pour l'une aux valeurs et pour l'autre au rôle de tercésateur du tercésé (tableau 2).

1) Contribuer à une problématisation non routinière

Dans le cadre d'ACESO, cette étape s'est déroulée en quatre temps : problématiser l'intention commune ; s'identifier sur la base de difficultés communes ; questionner ses pratiques ; s'ouvrir à des évaluations formatives croisées (et non normatives) pour partager des connaissances.

L'identification de la problématique commune s'est faite lors d'une journée d'appel à manifestation d'intérêt à construire le projet pour participer à l'expérimentation nationale, espace de rencontre et de dialogue : comment améliorer les pratique d'AAS et les faire reconnaître ? « *Nous, clairement, quand on s'est inscrit dans le projet, c'était parce que d'abord on voit arriver quelque part, un jour ça arrivera, tous les agréments d'accompagnement et que de toutes façons, on peut toujours s'améliorer, ça, c'est clair, mais c'est vrai que c'est compliqué* » (entretien, directeur structure 2). La problématique commune identifiée, le Pôle ETP, en tant que tercéisateur, a joué un rôle de catalyseur de l'envie de participer et a guidé la co-écriture de la réponse à l'appel à projet⁵ : « *Donc ça a été un travail très utile qui était bien dans cette optique de répondre à l'appel à projet, mais c'est vrai que l'apport du Pôle a été essentiel, pour faciliter la méthodologie d'écriture. Que ça soit sérieux* » (focus groupe, directeur structure 1).

Une fois le groupe créé, le tercéisateur n'avait pas pour rôle de soulever les problèmes mais de favoriser l'expression des difficultés et des besoins, souvent par le biais de trames d'explicitation des pratiques envoyées en amont des groupes de travail, afin de dégager des problématiques communes. L'exercice a permis de réaliser que de nombreuses

difficultés étaient partagées, indépendamment des caractéristiques des structures : « *C'est toujours intéressant d'écouter les problématiques des autres que tu retrouves plus ou moins chez toi* » (entretien, directeur structure 2). Cette étape, cruciale pour diminuer les conflits intrapersonnels, a permis de problématiser à plusieurs autour de l'objet qui réunissait les acteurs : « *C'est là que j'ai commencé vraiment à réfléchir ce que c'était l'accompagnement. À me dire que c'était une problématique importante* » (entretien, directrice structure 5). De là a découlé la volonté de questionner les pratiques d'accompagnement : « *Je trouve qu'il y a énormément de points communs parce qu'il y a beaucoup de questions qui se rejoignent. C'est-à-dire jusqu'où on va ? Quelle est notre légitimité ? Quelles sont nos compétences ? Comment on accompagne la demande sans l'anticiper ou sans la dépasser ?* » (focus groupe, directrice structure 16). Ce processus collectif a rompu avec une forme d'individualisme organisationnel et facilité la quête d'objectifs communs : « *qu'est-ce que nous voulons montrer ?* », « *sur quoi pourrions-nous être évalués ?* » et « *en quoi l'accompagnement nous concerne ?* » (analyse documentaire).

Se poser ces questions revenait à s'engager dans l'évaluation des pratiques, le partage de connaissance et la mise en place de pratiques pluriprofessionnelles. Cela s'est traduit par des visites croisées, sous forme de visites d'étonnement : « *Les visites que l'on fait, je trouve ça vraiment super riche. Cela permet d'avoir aussi une image plus complète : nous, nous avons notre forme de collectif et d'association, mais il y a pleins de formes d'association, il y a plein de façons de faire de l'accompagnement, il y a plein de façons de travailler tout ça* » (entretien, directrice structure 5).

⁵ Réponse à l'appel à projet d'ACESO envoyé pour répondre à l'appel à projet de la LMSS de 2016 :

2) Création d'un nouveau système d'action

Amorcer un changement, parce que cela sous-entend que des pratiques étaient à reconsidérer, nécessite un climat de confiance. Trois étapes distinctes ont été repérées : la construction du cadre, son maintien par l'animation du collectif et la construction d'un patrimoine commun (diffusion des connaissances partagées).

Le cadre proposé par le tercésateur a été d'une importance majeure : « *Quand on monte des projets, cela suppose de vouloir faire ensemble. Il faut surtout créer une ambiance, une manière d'être entre les partenaires qui passe par la confiance et par se sentir à l'aise dans le projet.* » (observation participante, directeur structure 8). Il a notamment proposé l'élaboration collective d'une charte⁶ qui précisait les valeurs du collectif. Celles-ci devaient être respectées par tous : l'écoute, le non-jugement, le partage, la bienveillance et le respect de tous les savoirs (expérientiels et professionnels). Elles garantissaient notamment le respect mutuel, l'horizontalité entre les référents et la libre parole de tous. Le reste du cadre a été voulu assez souple pour appuyer l'innovation et permettre une construction itérative et inductive, donc une démarche par essais, erreurs et ajustements. Il revient cependant au tercésateur de rappeler le cadre et les règles du collectif. Si au bout de 5 ans, les règles ont été assimilées par les référents, elles ont été répétées chaque fois qu'un nouveau-venu rejoignait le collectif. Le climat de confiance reposait aussi sur des temps d'échanges informels et de convivialité qui permettaient d'affiner les relations, d'identifier des partenariats plus spécifiques. Ces temps ont été primordiaux au lancement

du projet pour construire la communauté d'acteurs.

L'animation a permis de faciliter les échanges : régulation du temps de parole, attention à laisser chacun s'exprimer, maintien du processus démocratique (chaque voix a le même poids) : « *Puis ça laisse la parole à tout le monde. Moi qui n'ai pas non plus une grande expérience dans l'associatif, je parlais, j'étais écoutée... Je trouvais que chaque parole avait un sens, était mise en avant par toute l'équipe d'animation. Je me sentais comme dans une équipe* » (entretien, salariée structure 7). En outre, le tercésateur a fourni les ressources méthodologiques et matérielles permettant aux référents de mener leur propre démarche : « *Pour moi, c'est important d'aller en dehors de ma structure, d'aller dans des structures extérieures, de voir ce qu'il se fait ailleurs, de voir comment fonctionnent les autres structures, de mutualiser, d'échanger, de connaître* » (entretien, directrice structure 16).

L'ensemble des ressources produites lors des différents groupes de travail étaient accessibles à tout moment sur le site internet collaboratif⁷ du projet, ce qui a constitué un patrimoine propre au collectif.

3) Un travail de désenrôlement et de réenrôlement

Le travail de désenrôlement et de réenrôlement est une dimension majeure du processus mis en place au sein du projet. Il s'est traduit sous forme de deux objectifs consécutifs : 1) impliquer dans le projet commun et prendre du recul par rapport à sa structure et à ses pratiques; 2) transférer les

⁶ Chartre du projet : https://ACESO.poletp.fr/files/LaCharte_Capture_decran_20200310_a_105041_20190724111420_20200310105157.png

⁷ Lien vers le site collaboratif du projet : ACESO.poletp.fr

acquis dans la structure d'origine pour créer et stabiliser de nouvelles pratiques et postures.

Le désenrôlement a favorisé le passage d'un groupe hétérogène à une communauté avec une identité commune, où les spécificités de chacun avaient leur place, car elles étaient exposées et comprises de tous. Faire se rencontrer des structures hétérogènes, dans un espace-temps différent de leur activité habituelle, a permis aux acteurs de sortir de leur routine, de leur champ professionnel, de prendre du recul sur leurs pratiques : « *Tu suis des personnes, tu es là, tu es pris dans ta pratique, en tout cas moi. ACESO me permet de sortir déjà. Je sors physiquement de ma structure et je suis dans un temps où on réfléchit. On revoit des fois des situations où on se dit : « Ah oui, c'est vrai là, j'aurais pu faire autrement. » Donc oui, c'est un vrai moment de prise de distance* » (entretien, salariée structure 9).

Ce pas de côté a été à l'origine de l'identification de biais cognitifs et préjugés sur l'AAS : « *Ça a permis de mettre du sens, d'avoir un regard critique sur l'accompagnement que l'on fait. Ça a permis aussi d'entendre les autres dans les groupes, d'entendre les autres formes d'accompagnement. Mais aussi de se rendre compte qu'il y avait énormément de choses qui étaient des pratiques transversales* » (entretien, salariée structure 9).

Le tertiésateur a donné l'opportunité à chaque référent de s'investir dans le projet selon ses aspirations, en lui proposant de participer aux groupes de travail et de devenir « co-responsable » du projet (pilotage et budget). Chaque participant y a vu l'occasion de mieux répondre à ses besoins et de défendre ses intérêts mais aussi de partager ses ressources dans une logique de don/contre-don : « *Globalement les échanges de pratiques, c'est vraiment extrêmement positif pour moi. Puis je me dis aussi que finalement on a une expérience d'accompagnement dans ma structure qui date quand-même de presque*

quatre ans et qu'elle peut apporter aussi des choses à d'autres structures. Et c'est dommage de s'être renfermé et de ne pas en avoir parlé et partagé cette expérience avant auprès d'autres structures. Je pense que si les autres apportent à l'expérience de ma structure, nous pouvons aussi apporter à d'autres structures » (entretien, salariée structure 1).

A ce stade les référents, en développant un sentiment d'appartenance à un collectif en dehors de leur structure, ont pu prendre le recul nécessaire pour identifier des difficultés d'ordre personnel (besoin de développer des compétences) ou environnemental (il existe des difficultés sur lesquelles l'individu seul ne peut pas agir : *turn-over* dans les structures, difficultés de financement...) : « *Quand les structures le font elles-mêmes, elles ne sont jamais pleinement dans la réflexion parce qu'elles sont plus dans les aspects organisationnels. Elles portent un poids. L'inquiétude de « est-ce que tout va bien se passer ». Pour avoir l'esprit libre, c'est toujours mieux quand quelqu'un d'autre le fait pour nous. Les structures n'ont pas du tout le temps d'organiser ça* » (entretien, salarié structure 18).

L'étape suivante a porté sur la diffusion des nouvelles pratiques au sein des structures, afin d'éviter une perte de sens liée au fait que les pratiques de terrain étaient en décalage par rapport aux pratiques souhaitées (les pratiques de terrain ne correspondant plus à leur nouvelle vision et connaissance de l'AAS) : « *À ce moment-là, ça m'a un peu mise en colère parce que je me suis dit : je ne comprends pas comment quelqu'un peut aller à des groupes pour ma structure et qu'en interne l'on ne fasse rien. C'est frustrant et c'est une perte de contenu* » (entretien, salarié structure 18). Les référents étaient moteurs dans la diffusion du projet et forces de proposition pour expérimenter de nouvelles pratiques dans leur structure, dont le développement de pratiques réflexives. Le tertiésateur a soutenu leur démarche

notamment en transmettant les documents produits à l'ensemble des structures (via les mailings lists et via un site collaboratif) et par sa disponibilité pour aller présenter le projet et ses effets au sein des équipes. À la suite de cette démarche, certaines structures ont par exemple affiché la carte mentale construite dans le projet au sein de leurs locaux.

4) Encourager la démarche par essais, erreurs et ajustements

La démarche par essais, erreurs et ajustements s'est située à deux niveaux puisqu'elle a concerné le projet lui-même et, secondairement, les structures d'origine des référents.

Au niveau du projet, la démarche s'est construite au fil du temps, seulement guidée par une visée pragmatique : « *La question c'était toujours de savoir si les usagers derrière arriveront à s'en servir. Ça me fait penser au groupe « outils », justement, où l'on avait dû réfléchir à un outil en travaillant en petits groupes. Je crois que c'était un outil d'accompagnement qui impliquait l'utilisateur derrière. On voyait bien que tout de suite, il y avait un débat numérique/ pas numérique* » (entretien, salarié structure 18).

A succédé ensuite une phase d'acculturation des structures réalisée par les référents eux-mêmes : « *Tu as quand-même réussi à nous raconter à chaque fois. À nous rapporter comment c'était. La dernière fois, c'était juste en réunion avec les médiatrices, tu nous as raconté les outils que vous aviez développés dans le projet. Ça nous donne des idées. Ce que tu as proposé à l'équipe, il y a une chose que l'on va essayer. Je l'ai bien noté. Notamment sur les réunions pluripros, de prendre les situations au hasard* » (focus groupe, salariée structure 6). Toujours sous l'impulsion des référents, ont été

expérimentées des analyses de pratique dans de nombreuses structures.

Pour le reste, force est de relever que certains changements ont parfois nécessité plus de temps : « *En fait c'est la temporalité. C'est le rapport au temps qui est compliqué. C'est-à-dire que lorsque vous êtes dans une dynamique ACESO et que vous comprenez vite les choses (enfin, à force de se réunir, on voit à peu près où on va aller, comment on peut avancer). Vous retradiguez ça en équipe, ce que vous avez compris en une journée à ACESO, il va falloir trois semaines, un mois pour que ce soit percuté ou du moins compris par une équipe* » (entretien, directeur structure 12). Les référents ont pu être ralentis du fait de contraintes organisationnelles (par exemple : trouver des espaces et des temps qui favorisent la participation de toute l'équipe pouvait être pris comme une source de travail supplémentaire alors que les équipes sont déjà confrontées à une surcharge de travail) ou de contraintes conjoncturelles (par exemple, du fait de la crise covid, les équipes étaient réduites, devaient s'adapter au distanciel et se tenir toujours informées des dernières recommandations pour répondre aux questions et aux besoins de leurs bénéficiaires. Les projets d'innovation et de réflexion n'étaient plus une priorité face à l'urgence ressentie).

5) La confrontation à d'autres expériences

Cette dimension comparative a concerné deux axes : la comparaison des pratiques au sein du collectif et avec l'extérieur. Il s'agissait de favoriser la réflexivité (permettre aux référents de prendre du recul par rapport à leur structure et à leur pratique quotidienne et d'identifier leurs automatismes).

L'hétérogénéité du collectif a permis l'expression de points de vue et de perspectives différentes : « *Autour de moi, j'ai*

d'autres structures et leurs visions des choses vont m'aider à conceptualiser d'autres hypothèses dans ma structure. Et moi je pense que j'apporterai peut-être d'autres réflexions à d'autres partenaires » (entretien, directeur structure 12).

Il ne s'agissait pas de juger les activités d'accompagnement ni de montrer une seule et unique bonne pratique mais au contraire, d'élargir les perspectives des référents (et de leur structure) : *« Donc l'idée c'est l'intelligence collective. On parle d'intelligence artificielle, mais là on est tout à fait dans la dynamique opposée à l'intelligence artificielle, c'est l'intelligence collective »* (entretien, directeur structure 12).

Concrètement, un travail axé sur la définition de l'AAS a donné lieu à la réalisation d'une carte mentale des balises de l'AAS, ce qui a permis aux acteurs de comparer leurs pratiques, puis d'en retenir certaines et enfin de les partager : *« La carte mentale, elle est accrochée sur mon mur, dans mon bureau. C'est plutôt pour mes bilans éducatifs partagés, quand je fais mon accompagnement pour le patient et quand je fais mon bilan partagé en rééducation. Au départ, j'étais plutôt dans les soins, comme je te l'ai dit — même s'il y a quand même un accompagnement dans le soin — et bien, ça m'a permis de ne pas faire certaines erreurs. Maintenant, je prends du recul, je laisse le patient parler, je ne le guide pas. Et je l'apprends aux autres. Tu imagines, c'est moi qui apprend aux autres comment faire »* (entretien, salariée structure 7).

Le tercésateur a également fait appel à des tiers - dont des chercheurs - pour réfléchir aux nouveaux métiers ou fonctions que convoque l'accompagnement à l'autonomie en santé ou encore à son évaluation (dans les groupes de travail ou en organisant des colloques) : *« Les colloques, c'est un format qui a beaucoup plu*

à pas mal de gens. Notamment à ceux qui n'ont pas toujours le temps. Du coup, avoir une journée de réflexion avec des intervenants différents... On imagine refaire une journée sur la question de l'évaluation. Pour ACESO, mais aussi pour les autres structures. Comment on évalue l'accompagnement ? Il y a plein de structures qui ont du mal à penser pour elles-mêmes leur propre évaluation » (entretien, directrice structure 4).

6) Une dimension ayant émergé de l'analyse inductive : des valeurs à construire et mettre en actes

Le rôle des valeurs s'est avéré particulièrement structurant pour la construction du collectif avec deux fonctions principales : maintenir le collectif et l'engager dans une démarche de transformation sociale.

Celles sur lesquelles se sont accordés les participants au projet étaient : la coopération, la bienveillance, la communication, l'ouverture d'esprit, l'empathie, la confiance mutuelle (confidentialité, non-jugement), le partage des connaissances à visée d'apprentissage, la création de ressources collectives, le maintien de la dignité des personnes et le développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées (empowerment individuel) et des professionnels : *« Nous en premier lieu on pense à l'empowerment des malades parce qu'il ne faut quand-même pas déco...r, mais quelque part on pense aussi à l'empowerment des pratiques des uns et des autres »* (entretien, directrice structure 4).

L'engagement des membres du collectif s'est particulièrement manifesté lors de la rédaction d'un manifeste⁸ commun portant sur leurs

⁸ Lien vers le manifeste : <https://ACESO.poletp.fr/?PubACESO/download&file=ManifesteACESO.pdf>

revendications autour de l'AAS : la reconnaissance des pratiques d'AAS, la relation entre AAS et Education Thérapeutique du Patient, la pérennisation de l'AAS et l'évaluation de l'AAS. Outre que cela traduit l'empowerment collectif qui s'est manifesté, cette visée de transformation sociale a participé également à souder le collectif.

Afin que les résultats correspondent aux attentes et objectifs des référents et de leur structure (donc de maintenir l'implication et l'engagement dans le projet), il a été décidé que l'évaluation serait une évaluation-intervention participative. C'est-à-dire que l'évaluation aiderait à l'avancement du projet : en identifiant où en était le projet vis-à-vis des attentes et des objectifs poursuivis, en permettant de l'ajuster en fonction de son avancement et des nouveaux besoins et en créant des connaissances intermédiaires servant à la construction d'un patrimoine commun. L'évaluation participative ainsi pensée visait à permettre à chacun de s'exprimer et de valoriser ses propres intérêts, de les mettre en lien avec ceux des autres membres du collectif et donc d'avoir des revendications communes pouvant être portées collectivement.

7) Une seconde dimension ayant émergé de l'analyse inductive : faire du tercisé un tercésateur

Enfin, s'il ne fallait retenir qu'une preuve de l'apport du tercésateur dans ACESO, c'est le fait que la méthodologie employée a inspiré les référents pour à leur tour qu'ils transforment leur propre structure : « *ACESO, c'est justement l'espace où tu vas parler concrètement* ». *Puis en méthodologie, l'animation d'une réunion ou les métaplans par exemple, ça, j'en ai piqué des tonnes* » (entretien, directeur structure 2). Cette dimension est fortement liée à celles d'essais

- erreurs et ajustements et de désenrôlement et de réenrôlement. Elle s'en différencie toutefois car ici le tercésateur n'est plus seulement le garant de l'animation et de la méthodologie, il permet au tercisé d'être acteur du changement dans sa structure et de mobiliser les ressources méthodologiques mises à sa disposition. En effet, forts de leurs acquis méthodologiques, les référents se sont positionnés comme tercésateurs de leur propre écosystème. Si cette dimension n'apparaît pas comme telle dans le processus de tercésation décrit par Xhauflair et Pichault car elle y est considérée comme le résultat final, cet objectif réclame d'être pensé et accompagné, et en ce sens il paraît utile de le considérer comme une dimension à part entière.

Discussion

Les cinq dimensions de la tercésation (134,159), ont permis de rendre compte de l'animation mise en place par le porteur de projet. Cette animation a été primordiale dans la construction et le maintien de la dynamique collaborative au sein de la communauté de pratiques. S'il a effectivement mobilisé les cinq dimensions de la tercésation, deux autres dimensions ont été identifiées : l'appui sur des valeurs communes comme socle de la dynamique collaborative et la transformation du tercisé en tercésateur comme condition de la pérennité des changements.

Le tiers tercésateur comme formateur et manager de la gestion de connaissance

La méthode mise en œuvre explique les résultats caractérisés en termes d'apprentissages des membres de la communauté et des structures partenaires du projet (163). La tercésation invite à regarder du côté du rôle de celui qui pilote les apprentissages. Mais il ne faudrait pas que ce prisme oblitère le cheminement des membres

de la communauté de pratiques qui n'est en rien passif puisqu'ils suivent un processus d'apprentissage collectif et individuel lié au développement de leur réflexivité (134,159). Comme nos résultats l'indiquent, le tiers tercésateur est là pour proposer les espaces propices à la réflexivité et à la solliciter. Réflexivité qui n'est jamais sans perspective pratique (170,171) puisque les acteurs réflexifs ont à questionner leurs cadres de référence initiaux afin d'en construire de nouveaux qui guideront leurs actions futures. Il semble donc que le tercésateur emprunte à un formateur « dans et par l'action », à condition que sa posture éducative s'appuie sur les expériences des acteurs pour développer leur pensée critique, combattre les préjugés existants et dépasser des routines en désaccord avec leurs perspectives de sens (172). Les apprentissages des acteurs reposent entièrement sur leur participation sociale au sein de la communauté de pratique où se négocie le sens donné à l'action (173,174). C'est aussi ce que ces résultats indiquent. En outre, ils tendent à montrer que leur pouvoir d'agir en dépend à condition qu'ils formalisent les connaissances tacites et implicites validées par la communauté de pratique et les diffusent au sein de leurs structures d'origine. En devenant à leur tour tercésateurs, les tercésés s'autonomisent et participent à la diffusion des connaissances.

Management de la connaissance dans les communautés de pratique inter-organisationnelles

La fonction de tercésation constitue une perspective intéressante d'animation de communauté de pratiques intentionnelles puisqu'elle allie deux éléments qui semblent à priori antagonistes et incompatibles : l'autogestion par la communauté (via une gouvernance collective) et le pilotage (dans le sens de la collaboration par l'intermédiaire de l'animation du tiers tercésateur). Elle permet d'allier les objectifs de la structure (gestion des connaissances et améliorations des

pratiques) tout en laissant aux acteurs une dimension d'auto-organisation qui fait l'intérêt de ce type de communauté (174). L'autre intérêt de cette démarche est qu'en plus de compenser les insuffisances dues à l'écart entre les pratiques réelles et prescrites (174,175), les acteurs tendent aussi à se rapprocher des pratiques souhaitées en réinterrogeant leurs valeurs.

La fonction pédagogique du tiers tercésateur commence à être identifiée en tant que telle dans le champ de la formation (176). Cette recherche tend à montrer que cela concerne aussi les communautés de pratiques puisque le tiers tercésateur, dans son rôle de pilote de la connaissance, endosse une posture pédagogique qui est en adéquation avec la visée pédagogique des communautés de pratique. Celles-ci ont un ancrage dans les théories constructivistes (réflexions sur l'action) ou socioconstructivistes (réflexions au prisme des interactions humaines et du rôle de la culture).

Tableau 2 : Mécanismes et actions relevant des 7 dimensions de la fonction de tercésiation

Mécanismes	Exemples d'actions mises en place	Effets produit	Exemples
1) Contribuer à une problématisation non routinière			
<p>-Problématiser l'intention commune</p> <p>-Identifier le commun (pratiques, difficultés, enjeux)</p> <p>-Questionner ses pratiques</p> <p>-S'ouvrir à des évaluations formatives croisées</p>	<p>-Création d'un espace atypique de rencontre et de dialogue</p> <p>-Co-écriture du projet</p> <p>-Construction d'outils</p> <p>-Travail sur la définition de l'AAS</p> <p>-Temps d'analyse de pratique</p>	<p>-Sortir de sa zone de confort et se questionner sur ce qui est une bonne pratique (pour différents partenaires du sanitaire, du social ou des associations de patients)</p> <p>-Requestionner ses pratiques en identifiant celles qui ne favorisent pas le développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées</p>	<p><u>Entretien</u> : « Oui, c'est un peu ce que je disais au début. L'apport d'ACESO était très riche parce qu'autour de la table il y avait des gens qui avaient un but commun ; c'était d'imaginer des hypothèses de travail dans la notion d'accompagnement et ces personnes-là autour de la table ont une culture pour partager des réflexions pouvant produire des déclinaisons dans nos structures. Par exemple, moi j'ai certaines actions d'AAS que d'autres partenaires n'ont pas, mais autour de moi j'ai d'autres structures et leurs visions des choses vont m'aider à conceptualiser d'autres hypothèses pour mes AAS. Et moi je pense que j'apporterai peut-être d'autres réflexions à d'autres partenaires. Donc l'idée c'est l'intelligence collective en fait. » (entretien individuel, directrice structure 12).</p> <p><u>Observation participante</u> (temps d'échange informel) : « Je pense qu'au début c'était pour tout le monde pareil, je sais car j'en ai parlé avec d'autres, on ne comprenait rien au projet, maintenant que je le comprends, j'identifie l'intérêt notamment pour sortir de sa routine, sortir le nez du guidon et réfléchir autrement ».</p>
2) Créer un nouveau système d'action			
<p>-Construire le cadre</p> <p>-Maintenir le cadre</p> <p>-Construction d'un patrimoine commun</p>	<p>-Temps d'échange informel et de convivialité</p> <p>-Visite des structures partenaires</p> <p>-Travail sur la définition de l'AAS</p>	<p>-Identifier ses représentations sur l'accompagnement et sur les personnes accompagnées (exemple : se centrer sur les forces des personnes et pas uniquement sur ses faiblesses)</p> <p>-Partager une définition commune de l'AAS avec tous les membres de la communauté (autour d'une carte mentale co-construite)</p>	<p><u>Entretien</u> : « C'est très pragmatique, une présentation à chaque fois. Je pense qu'il m'a fallu quelques présentations pour réussir à comprendre les enjeux. Et après, le fait de participer à des journées d'échanges de pratiques, à d'autres journées de travail. Du coup on voit concrètement sur le terrain la mise en place des objectifs d'ACESO. Et quand tu as la présentation et ensuite un exemple concret des objectifs, c'est tout de suite beaucoup plus clair. » (entretien, salariée structure 1).</p> <p><u>Observation participante</u> (journal de bord) : « Quand on monte des projets, cela suppose de vouloir faire ensemble. Il faut surtout créer une ambiance, une manière d'être entre les partenaires qui passe par la confiance et par se sentir à l'aise dans le projet. » (observation participante, directeur structure 8).</p>

		-Partager des ressources humaines et matérielles lors des temps d'analyse de pratique	
3) Désenrôler et réenrôler			
-Impliquer les référents dans le projet -Impliquer les équipes et la direction dans le projet	-Espace de prise de recul -Choix des différents groupes de travail -Discussion et identification de « bonnes pratiques » (carte mentale) -Analyse des pratiques, prise de recul, développement de nouvelles pratiques / postures (bourses de situations) -Construction d'un patrimoine de ressources partagées (disponible sur un site collaboratif) -Soutien à la diffusion du projet dans les structures (réunion d'implication de la direction, séminaires annuels ouverts à toutes les équipes) -Demande de participation des équipes lors des analyses de pratique	-Se questionner sur sa pratiques et ses limites (avoir des postures paternalistes ou des préjugés, ne pas en faire assez, ne pas y arriver, ne pas répondre aux attentes, ne pas comprendre pourquoi ça ne fonctionne pas) -Changer de paradigme (les logiques paternalistes sont remplacées par une posture centrée sur la personne) -Changer de posture d'AAS (ce n'est pas guider la personne vers où l'on veut qu'elle aille mais cheminer à côté d'elle pour l'aider à aller où elle le souhaite)	<u>Entretien</u> : « À titre personnel, je trouve que le projet ACESO, ça permet de prendre un peu d'air et de voir ce qu'il se passe ailleurs. Prendre du recul soi-même sur nos pratiques. On est dans une structure où on remet en cause nos pratiques tout le temps. Ce n'est pas très sclérosé chez nous. Mais en même temps, ça ouvre sur autre chose. Il y a des choses que l'on ne mesure pas aujourd'hui qui ont certainement dû infuser au fur et à mesure. Des rencontres, des ateliers... qui ont permis quand-même de pousser un peu » (focus groupe, salariée structure 6). <u>Observation participante (journal de bord)</u> : Ce matin lors de la bourse de situations, la question de quand arrêter l'accompagnement est à nouveau ressortie (difficulté de l'équipe de laisser sortir la patiente de la structure avec le risque de ne plus avoir de nouvelles). Cette question a fait écho avec une autre qui est celle de la juste posture entre posture paternaliste et surresponsabilité.
4) Encourager la démarche par essais et erreurs et ses ajustements			

<p>-Essayer et s'ajuster dans le projet</p> <p>-Essayer et s'ajuster dans les structures</p>	<p>-Démarche itérative et inductive du projet (répondant aux besoins)</p> <p>-Production et appropriation progressive de connaissance (de nature différente (texte, audio) et de formes différentes (vulgarisation, article scientifique)</p> <p>-Expérimentation de nouveaux rôles et de nouvelles postures de travail</p> <p>-Développement progressif de nouvelles compétences</p> <p>-Expérimentation des temps d'analyse de pratique dans les structures et de la mise en place de réunions d'équipes pluridisciplinaires</p>	<p>-Identifier des pratiques ou des postures d'autres structures et s'inspirer des idées proposées dans le collectif et essayer de les mettre en place</p> <p>-Réfléchir à comment les adapter à sa structure et réfléchir à la mobilisation de leur équipe pour les engager dans le processus de changement</p> <p>-Expérimenter de nouvelles postures/pratiques/idées dans sa structure</p> <p>-Expérimenter des partenariats avec les membres de la communauté de pratique</p>	<p><u>Entretien</u> : « - Et je me permets de revenir sur les études de situations. Vous avez parlé à un moment d'ACESO, comme quoi les bourses de situations, ça vous avait aussi questionné sur vos études de situations. Est-ce que suite aux bourses, il y a des choses que vous avez introduites dans vos études, et qu'il n'y avait pas forcément avant ? - En fait on faisait ça depuis un moment. Et après c'était la question de la préparation. De venir avec un cas et avoir le temps de le préparer. Je pense que parfois on avait des situations où c'était un peu le matin... - De venir avec le dossier par exemple. De ne pas fonctionner sur le souvenir. » (entretien collectif, salariée de la structure 11)</p> <p><u>Observation participante</u> : A la fin des bourses de situations des pistes de travail ou de réflexion pour la structure présentant sa situation complexe d'accompagnement sont données. Elle a 6 mois à 1 an pour tester et expérimenter ces propositions et voir celle qui fonctionne.</p>
5) Favoriser la comparabilité			
<p>-Confrontation aux pairs dans le projet ou à d'autres projets</p> <p>-Confrontation à la communauté scientifique</p>	<p>-Temps d'analyse de pratique, séminaires, visites d'étonnement</p> <p>-Colloques</p> <p>-Invitation des living labs pour le groupe travaillant sur la construction d'outils</p>	<p>-Comparer ses pratiques à celles des autres structures partenaires et identifier d'autres manière de faire et s'en inspirer pour faire de même dans sa pratique ou sa structure</p> <p>-Identifier des partenaires ayant des pratiques complémentaires ou transversales pour pouvoir orienter</p>	<p><u>Entretien</u> : « L'avantage de ce métier, c'est qu'il faut garder cet esprit où tu es ouvert sur les remarques des autres. Ça fait 60 ans que je me remets en question. Pas tous les jours parce qu'il y aurait du boulot. Mais en tout cas il y a des choses qui m'interpellent et toujours tu changes d'avis sur des sujets. C'est ça la vie. Heureusement que tu n'es pas un monobloc imperméable, tout parfait, etc. Heureusement. ASECO, c'est l'endroit où c'est intéressant. Pour faire évoluer des pratiques. » (entretien, directeur structure 2).</p> <p><u>Observation participante</u> : c'est le premier groupe de travail du groupe outils, le porteur de projet a réuni 3 partenaires de son écosystème extérieur au projet pour qu'ils présentent leur outil et leur usage. La présentation suscite de nombreuses questions de la part des partenaires du projet qui cherchent à identifier comment l'adapter à leur AAS ou à leur structure.</p>
6) Respecter les valeurs des référents (et de leur structure) et leur engagement dans les transformations sociales			

<p>-Cohésion du collectif -Engagement collectif dans une démarche de transformation sociale</p>	<p>-Identifier les valeurs communes de l'AAS (carte mentale) et au sein du collectif (charte des valeurs) -Manifeste collectif (validé par les directeurs) -Evaluation participative (porter collectivement les pratiques d'accompagnement identifiées)</p>	<p>-Transformation d'identité professionnel (appropriation de son rôle en tant qu'accompagnant) -Redonner du sens à sa pratique en repositionnant la personne accompagnée au centre de son accompagnement -Sortir de son isolement professionnel en identifiant des professionnels porteurs des mêmes valeurs</p>	<p><u>Entretien</u> : « <i>Déjà, je trouve que c'est un beau moyen de s'exposer. Espérons que ce soit une exposition plutôt positive pour parler de ce que ACESO fait avec et pour les structures qui accompagnent des personnes avec des maladies chroniques. [...]. Un manifeste c'est aussi une prise de position. Donc, se positionner dans les valeurs dès le premier séminaire que l'on a fait sortir. Donc des valeurs de ACESO.</i> » (entretien, salariée structure 9).</p> <p><u>Observation participante</u> : Comme pour chaque temps d'analyse de pratique, le tour de table commence par la présentation du projet ACESO, de ses objectifs d'empowerment des personnes malades et des règles de bienveillances au sein du collectif dont la bienveillance et le non jugement".</p> <p><u>Analyse documentaire (manifeste)</u> : « <i>Nos valeurs qui constituent les bases éthiques de ce projet : - L'interdisciplinarité, la coopération et la participation de tous, notamment des personnes accompagnées : ne pas faire sans elles - La bienveillance, la communication, l'ouverture d'esprit, l'empathie, la confiance mutuelle (confidentialité, non-jugement) entre tous les participants - Le partage des connaissances en vue de la production de savoirs et de pratiques nouvelles, dont chacun peut tirer profit (propriété intellectuelle) - Le maintien de la dignité des personnes - Les actions d'accompagnement ont pour objectif que les personnes acquièrent davantage de pouvoir d'agir sur leur vie (empowerment).</i> » (Charte des valeurs).</p> <p><u>Analyse documentaire</u> : « <i>L'AAS inclusif couvre les domaines de la formation (patients, aidants, professionnels), de la médiation en santé, de la santé communautaire, de l'éthique relationnelle (dans le temps), de la pair-aidance, des partenariats patients-professionnels, du plaidoyer (pour les droits des patients), de l'information (précise et fiable car au plus proche du terrain) et des changements de représentation.</i> » (extrait du manifeste).</p>
<p>7) Faire du tercisé un terciséateur</p>			

<p>-Rendre le référent acteur de la diffusion dans sa structure -Appuyer le développement de la réflexivité</p>	<p>-Nouvelles méthodes d'animation tournées vers la participation -Implication progressive du reste de l'équipe dans le changement (discussion autour des pratiques d'AAS et de leur évaluation)</p>	<p>-Voir ce qui fonctionne pour soi et sa structure et identifier ses compétences (dont des compétences relationnelles) -Se sentir capable de faire autrement (estime de soi, confiance en soi) et de porter le changement (dans sa structure et dans la société) -Être force de proposition dans sa structure pour changer les pratiques ou la manière de faire -S'appuyer sur la communauté pour trouver des ressources dans l'écosystème ou de nouvelles pistes d'accompagnement</p>	<p><u>Entretien</u> : « <i>Je ne suis pas très inquiet parce que moi je fais le lien. Mais je pense que la personne qui va venir en interne aura déjà une mission de formation des autres bénévoles. Puisque dans son poste lié à l'écoute et à l'ETP, il y a toujours la mission de transmission des savoirs et d'amélioration des pratiques. Donc elle, ça va être son but. Elle va prendre ACESO au moment d'une certaine maturité. Donc automatiquement, même si on a perdu entre guillemets un an — pendant l'année où vous m'avez vu, j'espère que j'ai quand même apporté quelque chose au groupe, etc. — enfin on apporte toujours par la participation quelque chose, n'importe comment — et on apprend beaucoup — par contre en matière de pratiques, du coup, ça n'a pas servi parce qu'entre guillemets, parce qu'il n'y a pas d'outils concrets à transposer, etc. Après, moi, je fais des petits comptes-rendus, j'en parle avec l'équipe, etc. Ça m'a en tout cas permis d'affiner, d'apprendre des autres pleins de petites idées ici et là.</i> » (entretien, directeur structure 2).</p> <p>« <i>Donc du coup on a eu des retours réguliers, de la part de notre référente sur le projet ACESO. Parce que ça faisait partie des réunions.</i> » (entretien collectif, bénévole de la structure 11)</p> <p><u>Observation participante</u> : discussion informelle lors d'un séminaire : « <i>ça m'a aidé à être force de proposition dans ma structure. J'ai pu proposer d'autres manières de faire, ça m'a donné confiance dans mes pratiques. Avant je n'osais pas.</i> »</p>
---	--	---	---

Les communautés de pratique mettent aussi en lien la quête de sens des membres de la communauté avec leurs pratiques et leur identité (177). Ce qui renvoie aux théories de l'apprentissage transformationnel tel que décrit par Jack Mezirow (172). Le tiers tercésateur endosse plusieurs des rôles identifiés dans le fonctionnement d'une communauté de pratique (156). Mais il semble avoir une plus-value particulière dans le rôle d'animation (en stimulant les échanges et le partage du leadership), le rôle de parrain (en veillant à ce que la communauté dispose des ressources dont elle a besoin, en communiquant et en favorisant sa reconnaissance) (178) et de coordinateur. Le tiers tercésateur semble être une fonction intéressante pour répondre au besoin de la communauté de pratique à condition que celui qui endosse ce rôle reste dans un rôle de pédagogue. En particulier, le tiers tercésateur n'est pas un acteur héroïque qui a lui seul dispose des compétences nécessaires « entrepreneur héroïque, qui posséderait intrinsèquement l'ensemble des compétences et atouts nécessaires pour mettre en œuvre le changement, mais comme une fonction collective amenant les acteurs à se mettre en mouvement au travers d'une démarche réflexive » (159). Dans le cas de notre étude, le rôle de tiers tercésateur a été endossé par une équipe de cinq personnes, ce qui a sans doute évité une trop forte personnalisation du rôle. Si cela est important, c'est que la tercésation est avant tout, non pas l'action du tiers, « mais l'opération qu'accomplit l'acteur d'un compromis émergent lorsqu'il réalise, au travers d'un processus expérimental, un déplacement par rapport à sa propre position et à sa propre identité (Lenoble et Maeschalck, 2006) » (134,179). Cela permet de ne pas réduire les membres de la communauté à des « consommateurs scientifiques », vision destructrice de l'intelligence des acteurs et non émancipatrice qui consolide les rapports de pouvoir entre sachants et apprenants (180). Cette méthode est en adéquation avec les apprentissages des

acteurs qui procèdent par essais-erreurs. Pratiques qui échappent donc « totalement à l'activité scientifique » (160,171,181). Elle s'oppose aux approches descendantes qui ne peuvent pas être émancipatrices car « personne ne se (trans)forme seul, personne ne (trans)forme autrui, c'est ensemble qu'on se (trans)forme » (182). Il revient au tiers tercésateur de créer l'espace de dialogue dans lequel il apporte des perspectives alternatives aux acteurs et aide à identifier les croyances et les pratiques qui doivent être remises en question. Il semble nécessaire qu'il ait une expérience des sujets traités, mais c'est son positionnement, sa capacité à solliciter les autres qui justifie la pertinence de sa posture.

La tercésation comme moyen pour que les connaissances passent d'un contexte inter-organisation à celui de l'organisation

Les acteurs du projet se sont emparés des compétences méthodologiques de la tercésation car elles répondent au besoin de passer d'un « modèle de l'expertise fondant le travail sectoriel sur autrui » à « un modèle de la connaissance située produite avec autrui » (19). Le tercésateur, en donnant aux acteurs des ressources d'animation d'une communauté de pratique, les a motivés à devenir à leur tour tiers tercésateurs de leur propre environnement et à construire et piloter leur propre communauté de pratique au sein de leurs structures. Passer à l'action permet d'éviter d'en rester à un jeu intellectuel (134,159), ce qui dépend in fine du soutien que les acteurs vont trouver au sein de leur environnement de travail. Nos résultats confirment que la mise en œuvre est facilitée quand il leur est attribué officiellement un rôle de tercésateur (174). Cette condition semble même essentielle pour que les nouvelles pratiques s'ancrent dans les politiques des structures. La fonction de tercésation propose des pistes d'actions guidantes dans la diffusion et l'appropriation de la connaissance d'un contexte inter-organisation à intra-organisationnel. Les connaissances acquises

ne restent pas la propriété de l'individu mais deviennent celles de l'organisation.

Animation par un tiers tercésateur : pour quels types de communauté de pratique intentionnelle ?

Enfin, dans la littérature, la notion de tiers est en plein essor. Afin de limiter une surenchère du tiers et une multiplication de dispositifs-tiers, il est nécessaire de réfléchir en amont à quand et pourquoi faire intervenir un tiers, qu'il soit tercésateur ou non. Pour le tiers tercésateur, nous pensons que son intérêt est d'être présent dans les démarches où il est nécessaire de stimuler une collaboration continue comme dans les communautés de pratiques pilotées (174) et plus particulièrement quand leur stade de développement est peu mature (communauté potentielle, en construction) (178). En effet, la plus-value du tercésateur repose dans le dépassement des « inerties identitaires et relationnelles des acteurs impliqués » (134). Ainsi les communautés dans lesquelles le processus identitaire et les relations entre les acteurs sont déjà importants, peuvent se passer du tercésateur. Cela vaut aussi à l'issue d'une tercésation, quand celle-ci a facilité la création d'un réseau d'acteurs et le développement de compétences. Cela invite à penser son retrait dès sa mise en œuvre, en se dotant collectivement de repères pour identifier que le temps est venu de l'interrompre.

Limites

Ces résultats restent très liés au contexte de l'étude et ils reposent sur une méthodologie construite de manière inductive et itérative par le tercésateur. La valence éthique est particulièrement marquée dans ce contexte puisqu'ils concernent des acteurs engagés - comme des associations de patients - mais elle vaudrait probablement dans d'autres

domaines de l'action sanitaire et sociale, par exemple au sein des hôpitaux. En effet, de nombreux professionnels de santé, de retour de formation continue, quittent l'hôpital parce que la formation a déclenché chez eux des aspirations auxquelles leur environnement ne répond pas. Les former à la construction et à l'animation de communautés de pratiques pourrait changer cet état de fait. La méthodologie propre à chacune de ces dimensions pourrait dépendre de chaque contexte, mais dans tous les cas, ce type de démarche convoque une adaptation et une agilité permanentes. Enfin, les changements identifiés l'ont été durant les 5 ans d'expérimentation, une étude sur le plus long terme permettrait de savoir si les changements ont perduré et surtout de savoir s'ils ont effectivement permis un gain d'autonomie chez les personnes accompagnées.

Conclusion

Le projet présenté confirme l'opérationnalité des cinq dimensions princeps de la tercésation, mais en identifie deux autres : la mise en actes de valeurs identifiées collectivement et le transfert de compétences d'animation aux tercésés pour en faire des tercésateurs de leur propre milieu. Les résultats donnent des pistes pour l'animation des communautés de pratique pilotées inter-organisationnelles et ouvrent des voies pour penser le management et la gestion de connaissances inter et intra-organisationnelles. L'intérêt majeur de la démarche conduite est d'avoir suscité l'implication des acteurs comme acteurs de leur propre changement, ce qui dans notre contexte a favorisé la promotion de l'analyse de pratiques, l'approche centrée sur le patient et les pratiques pluriprofessionnelles au sein de leur structure. Ayant fait eux-mêmes l'expérience de l'amélioration de leurs pratiques, ils sont d'excellents porte-parole de

la fonction de tercésation et de l'adaptation de leur structure pour favoriser la mise en place de dynamiques similaires favorisant l'amélioration des pratiques, donc de favoriser le management de la connaissance au sein de leur structure.

Remerciements

Nos remerciements vont aux partenaires du projet ACESO pour leur participation aux entretiens et pour la richesse des échanges autour des résultats. Ils concernent aussi l'équipe du Pôle ETP pour sa contribution à cette recherche. Enfin tous nos remerciements vont à l'Association Nationale Recherche Technologie (ANRT) et l'Agence Régionale de Santé Ile-De-France (ARS) pour leur financement sans lequel ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

Chercheurs participants

Merci à Valérie Pihet et à Marie Duvivier pour leur participation à la réalisation des entretiens et pour leurs discussions et leurs réflexions autour des résultats du projet auxquelles a également pris part Michel Naiditch, que nous remercions aussi chaleureusement.

Références bibliographiques

1. Arcand L, Souffez K. La communauté de pratique un outil pertinent : résumé des connaissances adaptées au contexte de la santé publique. Institut national de santé publique du Québec. 2018:18.
2. Meagher-stewart DM, Solberg SM, Warner G, MacDonald J, McPherson CM, Seaman PM. Understanding the Role of Communities of Practice in Evidence-Informed Decision Making in Public Health. *Qualitative Health Research*. 2012;22(6):723-39.
3. Lemire N, Souffez K, Laurendeau M. Animer un processus de transfert des connaissances. Bilan des connaissances et outil d'animation. Institut national de santé publique Québec. Montréal (Québec); 2009.69p.
4. Wenger E, McDermott RA, Snyder W. *Cultivating Communities of Practice: A Guide to Managing Knowledge*. Harvard Business Press. Boston (Etat-Unis); 2002.238 p.
5. Wenger E. Knowledge management as a doughnut: Shaping your knowledge strategy through communities of practice. *Ivey Business Journal*. 2004;68(3):1-8.
6. Cohendet P, Roberts J, Simon L. Créer, implanter et gérer des communautés de pratique. *Gestion*.2010;35(4):31-5.
7. Langelier L, Wenger E, white N, Smith J, Rowe K. Travailler, apprendre et collaborer en réseau. *Cefrio*. Montréal (Québec);2005:116 p.
8. Gross O, Gagnayre R. Diminuer les injustices épistémiques au moyen d'enseignements par et avec les patients : l'expérience pragmatiste de la faculté de médecine de Bobigny. *Can J Bioeth*.2021;4(1):70-8.
9. Bloch MA, Hénaut L. *Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod;2014.331 p.
10. Pascal C, Capgras JB. Le système de santé mis au défi de la coordination. *Journal de gestion et d'économie de la santé* 2020;38(5-6):315-317.
11. Xhaufclair V, Pichault F. Du Tiers à la Tercésation : modalités d'une fonction essentielle pour l'émergence d'une régulation à l'échelon inter-organisationnel. *Négociations* 2012;18(2):43-59.
12. Xhaufclair V. Apprentissage collectif et réflexivité systémique : le rôle des acteurs tiers dans la structuration des méta-organisations. *Revue Interventions économiques* 2013;48. [En ligne]. Disponible

sur : <http://interventionseconomiques.revues.org/2110>.

<http://journals.openedition.org/interventionseconomiques/2110>

13. Schön DA. *The reflective practitioner. How professionals think in action*. 1ère éd. London:Hardback edition;1992:384p.

14. Schön DA. *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal (Canada):Ed Logiques;1994:418p.

15. Schön DA. *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco (Etats-Unis):Jossey-Bass;1987:355p.

16. Zucchello A, Dorsa M, Duvivier M, Lombraïl P, Traynard PY, Gross O. Améliorer les pratiques d'accompagnement à l'autonomie en santé : effets d'un dispositif d'apprentissage coopératif. Santé Publique, accepté pour publication, 2022.

17. Bacqué MH, Biewener C. L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? Idées Économiques Soc 2013;173(3):25-32.

18. Aiguier G, Loute A. L'intervention éthique en santé : Un apprentissage collectif. Nouv Prat Soc.2017;28(2):158-72.

19. Saout C. Cap Santé ! Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé. Paris : Ministère des Affaires sociales et des Droits des femmes ; 2015. 71p.

20. Jouffray C. *Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs*. 2e éd. Rennes (France): Presses de l'EHESP; 2018:240p.

21. Bernard V. *Action sociale et empowerment*. Grenoble (France) : Presses Universitaires Grenoble;2018.64p.

22. Benzidia S, Garidi S, Husson J. Le leadership transformationnel et les technologies de l'information comme facteurs clés dans le partage des connaissances : étude de cas d'une organisation sanitaire et médico-sociale multisites. Journal de gestion et d'économie de la santé 2020;38(5-6):336-357.

23. Donate MJ, Sánchez de Pablo JD. The role of knowledge-oriented leadership in knowledge management practices and innovation. J Bus Res.2015;68(2):360-70.

24. Yin RK. *Applications of Case Study Research*. 2e éd. London : Sage; 2003:265 p.

25. Chapoulie JM. Everett C. Hughes et le développement du travail de terrain en sociologie. Rev Fr Sociol 1984;25(4):582-608.

26. Chenu A. Everett C. Hughes, Le regard sociologique, 1996. Sociol Trav 1998;40(3):414-6.

27. Pandraud N. Une théorie de l'observation in situ. Sociologies 2013. [En ligne]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/sociologies/4315>.

28. Boutinet JP. Management par projet et logique communicationnelle, quelles convergences ? Quels défis ? Commun Organ 1998;13. [En ligne] Disponible sur: <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/2041>.

29. Bouissou C, Brau-Antony S. Réflexivité et pratiques de formation : Regards critiques. Carrefours de l'éducation 2005;20(2):113-22.

30. Mezirow J. Penser son expérience. Développer l'autoformation. Lyon (France) : Chronique Social. 2001 :264p.

31. Wenger E. *Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity*. Cambridge University Press. Cambridge (Angleterre);1998.216p.

32. Bootz JP. L'évolution du manager : un pilote de communauté de pratique entre

l'expert et l'intrapreneur. *Manag Avenir*. 2013;63(5):115-39.

33. Brown, JS, Duguid P. Brown, John Seely and Paul Duguid. *Organizational Learning and Communities-of-Practice: Toward a Unified View of Working, Learning, and Innovation*. *Organization Science*.1991;2(1):40-57.

34. Quesnay P, Poumay M, Gagnayre R. Accompagner la mise en œuvre de l'approche par compétences dans les formations en santé : perspectives d'une stratégie de changement pragmatique portée par un individu tertiaire dans un institut de formation en ostéopathie. *Pédagogie Médicale* 2022;23(1):49-67.

35. Lessard A. Communauté de pratique. In: *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur;2013(Hors collection).57-60p. Disponible sur: <https://www.cairn.info/dictionnaire-des-concepts-de-la-professionnalisati--9782804188429-p-57.htm>

36. Gosselin F, Barlatier PJ, Cohendet P, Dunlavy P, Dupouët O, Lampron F. Le partage des rôles et des responsabilités à l'égard du pilotage des communautés de pratique : *Gestion* 2010;35(4):36-46.

37. Lenoble J, Maesschalck M. « Au-delà des approches néo-institutionnalistes et pragmatistes de la gouvernance ». *Synthesis report for the REFGOV research project*;2006.122p. [En ligne] Disponible sur : <https://perso.uclouvain.be/marc.maesschalck/etudiants/WP-REFGOV-SGITNU-1-Fr%5B1%5D.pdf>

38. Cerletti A. La politique du maître ignorant : la leçon de Rancière. *Le Télémaque* 2005;27(1):81-88.

39. Argyris C. *Overcoming Organizational Defenses*. Boston (Etats-Unis): Allyn and Bacon;1990 :169p.

40. Freire P. *La pédagogie de l'autonomie de Paulo Freire en langue française*. Toulouse (France): Érès; 2013:164p.

a) Apports de l'article sur le processus de tercésiation

Cet article met en avant l'importance de l'animation dans la construction et le maintien de la dynamique collaborative au sein de la communauté de pratiques. Si le porteur de projet a mis en place les cinq dimensions de la fonction de tercésiation identifiées par Virginie Xhaufclair et François Pichault (2012) (134,159), deux autres dimensions ont été identifiées : respecter les valeurs des référents (et de leur organisation) et leur engagement dans les transformations sociales, et faire du tercésisé un tercésiateur.

Le tiers tercésiateur au sein de la communauté de pratique joue un rôle de formateur et de gestionnaire de la connaissance. En effet, il propose des espaces propices à la réflexivité et soutient les membres de la CP dans leur développement en les aidant à questionner leurs pratiques et leurs cadres de référence. C'est un formateur « dans et par l'action » dont la posture éducative repose sur l'expérience des acteurs. Sous son impulsion, la communauté de pratique devient un espace de construction de sens pour ses membres. Les connaissances tacites et implicites s'y formalisent et y sont validées lors des temps de négociation de la connaissance. Forts de ces nouveaux acquis, les membres de la CP développent leur pouvoir d'agir et sont plus à même de devenir à leur tour des tiers tercésiateurs capables de diffuser les connaissances construites au sein de la communauté.

Le tiers tercésiateur endosse une posture pédagogique en adéquation avec la visée pédagogique des communautés de pratique qui s'ancre dans les théories constructivistes (réflexions sur l'action) ou socioconstructivistes (réflexions au prisme des interactions humaines et du rôle de la culture). La remise en question des pratiques et des valeurs au sein de la communauté permet aussi de stimuler la quête de sens des membres de la CP pouvant renvoyer aux théories de l'apprentissage transformationnel tel que décrit par Jack Mezirow (1991) (172,183).

La fonction de tercésiation semble une piste prometteuse pour allier l'autogestion par la communauté (gouvernance collective) et le pilotage (par la collaboration) nécessaires aux communautés de pratique intentionnelles. Le tiers joue plusieurs rôles dont celui d'animation (en stimulant les échanges et le partage du leadership), celui de parrain (en veillant à ce que la communauté dispose des ressources dont elle a besoin, en communiquant et en favorisant sa reconnaissance) et de coordinateur.

Enfin, la tercésation semble être un moyen particulièrement approprié pour passer d'un contexte inter-organisationnel à un contexte intra-organisationnel. En lui donnant les clefs de l'animation du collectif, il met le tercésé en situation de devenir potentiellement tercésateur de son organisation. Si les conditions s'y prêtent, il peut devenir le tercésateur de son propre environnement et participer à construire et piloter une communauté de pratique au sein de son organisation.

Mais ce retour vers l'organisation n'est pas garanti et nous avons observé que toutes les organisations partenaires du projet n'étaient pas au même stade de transformation et d'intégration des différents ingrédients actifs de l'AAAS. Si des facteurs facilitants et limitants ont pu être identifiés (cf : article effets), différents niveaux de changement semblaient se manifester au sein des organisations partenaires ce qui a conduit à vouloir identifier quelles organisations étaient plus susceptibles d'être apprenantes et agiles. Le travail de recueil de données a donc été complété pour identifier les niveaux de changement au sein des organisations partenaires du projet et esquisser une ébauche de catégorisation.

**b) Éléments complémentaires en lien avec les communautés de pratique ;
formulation étendue de la théorie d'intervention**

Cette partie de la recherche a permis de caractériser le rôle joué par le porteur de projet dans le processus d'apprentissage individuel suivi par les référents et de proposer une explication aux effets de halo décrits dans l'article précédent.

Le tiers tercésateur est apparu comme un acteur-clé de l'animation d'une communauté de pratique interorganisationnelle. Si les 5 dimensions de la tercésation ont été retrouvées, deux autres ont été identifiées : celle de respecter les valeurs des référents (et de leur organisation) et leur engagement dans les transformations sociales, et celle de faire du tercésé un tercésateur. Ces deux nouvelles dimensions sont particulièrement en lien avec le rôle d'animation des communautés de pratiques (CP). La première puisque les CP sont influencées par la culture (156) et sont des espaces de création de culture. Il n'est pas possible de passer à côté des valeurs au sein de celle-ci dans la définition de son identité culturelle. La seconde car ce que recherchent les CP, c'est le pouvoir d'expression (156). C'est-à-dire la possibilité d'être écoutées et que leur perspective de la pratique soit prise en compte. Le pouvoir d'expression est un moyen d'équilibrer les rapport de pouvoir car en économie du savoir, pouvoir d'expression et pouvoir

de position (hiérarchique) sont d'importance équivalente (156). Cela nécessite cependant que les dirigeants des organisations mettent en place les conditions d'expression de ces deux types de pouvoir, d'où l'importance d'une implication des dirigeants dans la diffusion des connaissances des CP.

Une communauté de pratique est avant tout constituée d'un groupe de personnes qui veulent apprendre les unes des autres (173). Les conditions de l'apprentissage en communauté ont pu être identifiées. Il faut un engagement mutuel, un vocabulaire partagé, des règles communes et une animation non directive. Le rôle du tiers tercésateur est d'organiser la connaissance au sein de la communauté de pratique. Le tiers tercésateur y endosse une fonction pédagogique importante. Il aide les participants au projet à identifier leurs savoirs expérientiels (connaissances tacites) et les ressources disponibles dans le contexte de leur exercice (connaissances implicites). Le tiers tercésateur joue aussi un rôle d'appui au développement de la réflexivité au sein de la communauté. Progressivement, les membres de la communauté deviennent eux-mêmes des tiers tercésateurs de leur organisation favorisant la diffusion des connaissances produites au sein de la CP.

La fonction de tercésation explique alors le processus d'empowerment individuel des référents : un apprentissage transformateur peut se produire quand un individu remet en question et transforme ses croyances, ses valeurs, et ses perspectives de sens. C'est un processus réflexif qui conduit à un changement de la façon dont l'individu interprète le monde qui l'entoure. Ainsi, la CP appuyée par un tiers tercésateur aide le processus réflexif sur l'action (analyse rétrospective des actions). Ce travail conduit à affiner la théorie d'intervention en double entonnoir du projet ACESO puisque nous pouvons caractériser le rôle joué par le porteur de projet dans la communauté de pratique et mettre en évidence comment les référents participent à la diffusion du projet par effet de halo et par expérimentation de la fonction de tercésation (figure 5). De plus, ce travail apporte aussi des pistes pratiques pour aider les structures d'appui à mettre en place la dynamique collaborative permettant aux acteurs de terrain de construire de nouvelles normes partagées et de transformer leur pratique existante vers plus de collaboration et de participation des personnes accompagnées.

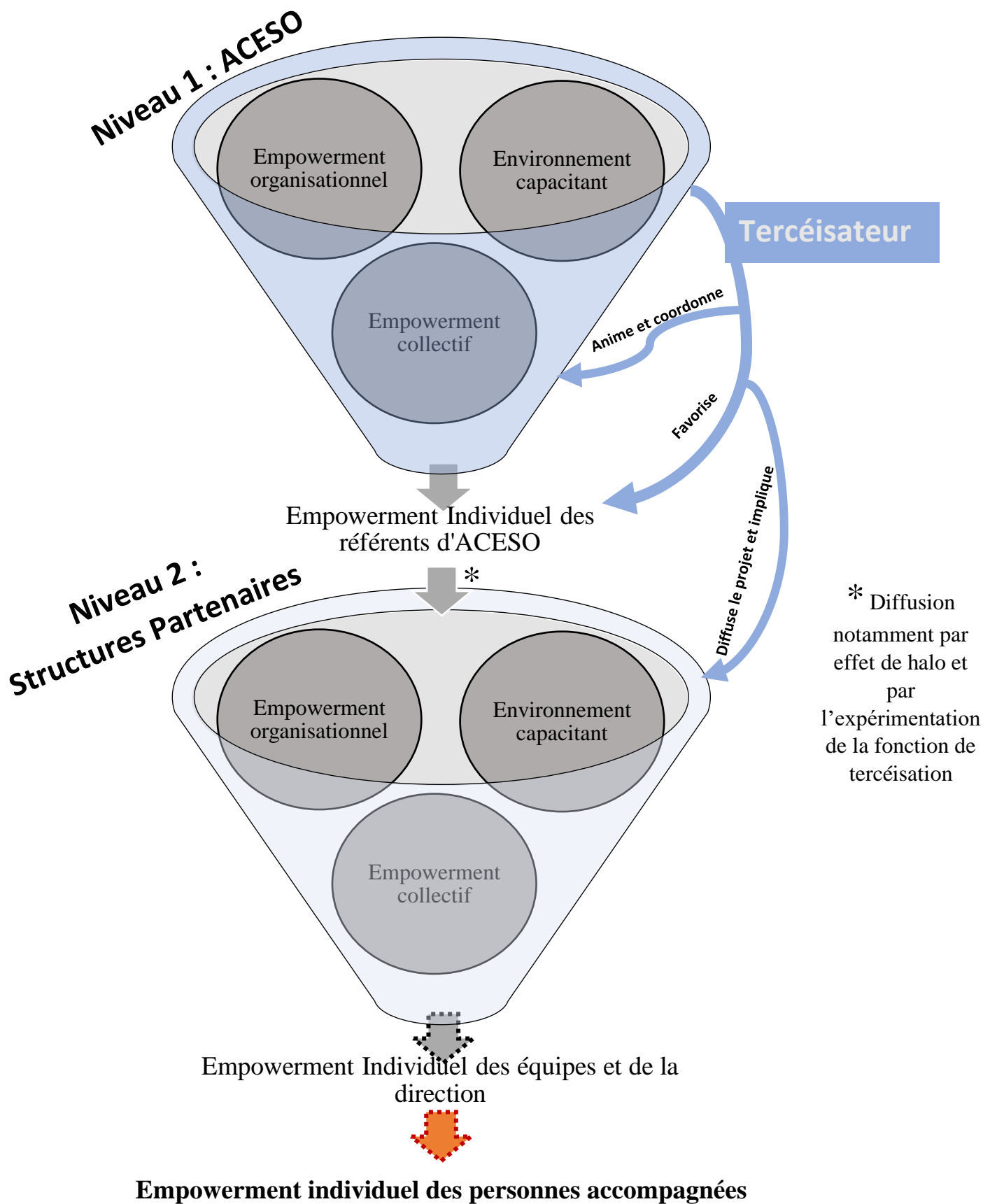


Figure 5 : Théorie d'intervention au sein du projet ACESO intégrant le rôle du tiers tercésateur

IV.4.2 Profondeur du changement selon les organisations partenaires et tentative de compréhension du phénomène

Trois organisations partenaires du projet ont été exclues de cette analyse : celle du porteur du projet pour ne pas créer une illusion de réussite du projet et les deux laboratoires de recherche car ils n'ont pas d'action d'accompagnement auprès de personnes accompagnées ou auprès de structure recevant ce public. Parmi les 18 organisations incluses, 4 d'entre elles étaient des structures d'appui à d'autres structures. Elles n'ont donc pas de mission d'AAS directe. Elles apportent leur soutien à d'autres organisations pouvant toucher ce public. Les 14 autres organisations (associations de patients et de professionnels) avaient des pratiques d'AAS. L'analyse est centrée sur les changements au sein des organisations partenaires (au niveau du deuxième entonnoir de la théorie d'intervention). Nous avons regardé les changements en termes d'*empowerment* organisationnel, collectif et individuel, et de l'environnement mis en place par le Pôle ETP entre le début de la participation à la CP et la fin de l'expérimentation. Pour cela nous nous sommes appuyée sur les critères de chacune des dimensions de l'AAS. Pour l'*empowerment* organisationnel, il s'agissait particulièrement d'observer les évolutions de la place et de l'intégration des personnes accompagnées dans la vie de l'organisation (participation à des groupes de travail, à des réunions institutionnelles, etc.). Pour l'*empowerment* collectif, cela relevait de la mise en place de temps de rencontre entre pairs ou de temps collectifs pour les personnes accompagnées. Pour l'environnement, c'est tout ce qui a été mis en place pour favoriser l'évolution des pratiques d'AAS qui a été recherché, notamment : la formation des équipes, la mise en place de pair-aidance, la mise en place de nouveaux outils pour aider à l'AAS, etc. Enfin l'*empowerment* individuel était analysé au regard des sept critères mentionnés dans le cadre évaluatif : littératie en santé, conscience de sa situation de santé, sentiment de contrôle, nouvelles réalisations, estime de soi, liens sociaux, accès et interactions avec les ressources.

Ainsi, cinq niveaux de changement ont pu être identifiés (tableau 7) :

- a) Aucun changement observé et aucune participation (organisations 10 et 17)
- b) Aucun changement observé mais participation active ou observatrice (organisations 8 et 13)
- c) Changement dans les pratiques des référents (organisations 3, 4, 5, 7, 9, 14, 15, 16 et 18)
- d) Changement dans les équipes (organisations 6 et 11)
- e) Changement dans les organisations (organisations 1, 2 et 12)

Les caractéristiques pouvant expliquer les différences de niveaux de changement étaient les suivantes : le type d'organisation (associations de patients ou structures du médico-social) ; le nombre de référents par organisation ; leur fonction dans l'organisation ; les modalités de la participation (fréquence, régularité, etc.) ; l'implantation de l'organisation (locale, régionale, nationale) ; la composition de l'équipe ; et la place de l'accompagnement dans l'organisation et les ingrédients actifs de l'*empowerment* déjà mis en place dans l'organisation au lancement du projet. Les caractéristiques des organisations partenaires en fonction de ces catégories sont résumées dans le tableau ci-dessous (tableau 7).

a) **Aucun changement observé et aucune participation (organisations 8, 10 et 17)**

Type d'organisation : 2 associations de professionnels et 1 structure de soutien à d'autres structures.

Pour l'organisation 17, celle-ci n'ayant pas du tout participé, nous n'avons pas d'informations sur les raisons de sa non-coopération (malgré la tentative de prise de contact). La direction s'était engagée au nom de l'organisation mais en pratique aucun référent n'a été désigné et aucune participation n'a été mise en place que ce soit au niveau des équipes ou au niveau de la direction.

Pour les deux autres (organisations 8 et 10), c'est un membre de l'équipe en position hiérarchique (directeur ou non) qui bloquait la participation du reste de l'équipe. Malgré un intérêt de certains membres de l'équipe dans le projet, la position hiérarchique de la personne réfractaire, ne leur permettait pas de pouvoir y participer. La raison principale mentionnée par celle-ci était que leur organisation savait déjà faire de l'AAS et qu'elle n'avait pas besoin de cet espace de réflexion.

Pour l'organisation 10, la direction s'était engagée dans l'expérimentation et avait désigné un référent qui a participé au début du projet. Mais celui-ci s'est vu opposer une résistance au niveau de l'équipe. Lors du focus groupe, nous avons aussi pu identifier qu'une personne en situation hiérarchique, centrée sur le volet sanitaire dans son organisation, ne voyait pas l'intérêt du projet, malgré l'avis contraire d'autres membres de l'équipe concernés par l'accompagnement direct des patients : « *Alors quand je reçois les personnes accompagnées en consultation, je fais déjà de l'accompagnement, c'est dans ma pratique de soin. Dans notre*

structure on fait de l'accompagnement depuis longtemps, on sait déjà faire. » (focus groupe organisation partenaire 10, membre de l'équipe). Leurs pratiques d'AAS étaient centrées sur le soin au lancement du projet et le sont restées. Au départ à la retraite de la référente, qui suivait le projet de manière éloignée, personne ne l'a remplacée dans le projet. Cela a marqué la fin de la participation de l'organisation 10. Ainsi il est possible de supposer qu'au sein de cette structure, il n'y a pas eu de changement pour les personnes accompagnées.

Pour l'organisation 8, elle était très engagée au début du projet (la première année) mais à la suite d'un changement de direction, elle s'en est éloignée. Le focus groupe réalisé n'a pas permis de relancer la participation malgré un intérêt de l'équipe. En effet, la direction ne voyait pas les opportunités du projet : vision quantitative de l'évaluation de l'AAS, actions ciblées sur les professionnels de santé et quelques actions d'accompagnement centrées sur une vision de l'accompagnement reposant uniquement sur quelques bénéficiaires individuels. La décision de la direction l'a emporté sur le souhait de participation de l'équipe, ce qui laisse présager d'une vision descendante du management au sein de celle-ci. L'organisation partenaire n'a dès lors plus participé au projet.

Nous avons aussi fait le constat que ces personnes réfractaires avaient soit :

- des missions de soin dans leur organisation de par leur position de médecin tandis que l'AAS était plus aux mains des autres membres de l'équipe ;
- des missions managériales éloignées de l'AAS.

L'absence de changement de ces trois organisations peut donc être dûe à l'absence de participation. Cette analyse met en avant l'importance de l'implication de la direction comme celle des managers dans la mise en place de dispositifs facilitant la réflexivité de leurs équipes.

b) Aucun changement observé mais participation active ou observatrice (organisations 13)

Type d'organisation : 1 association de professionnels.

Cette organisation partenaire était très engagée au début du projet (la première année) mais à la suite d'une incompréhension du processus d'évaluation du projet ACESO et de difficultés humaines et matérielles, elle s'en est éloignée.

Le référent (très moteur au lancement du projet) a mal compris le principe de l'auto-évaluation du projet et l'a mal retranscrit dans son équipe : « *La dernière réunion à laquelle*

j'ai participé, c'était l'évaluation des structures partenaires. Je ne sais pas où vous en êtes. Mais j'en ai gardé un souvenir et il y avait la réticence des différents participants » (focus groupe, référente salariée, organisation 13). De plus, lors du focus groupe, il a été mis en évidence un problème de ressources humaines limitant la participation : « *C'est les moyens financiers qui ne permettaient pas d'avoir plus de monde et donc de participer au projet. C'était la référente qui était dans l'équipe depuis plusieurs années qui portait sur ses épaules tout ce qui est en rapport avec le terrain. Et on ne pouvait plus tout faire. Ça devenait une question de priorité. Nous avons le public, donc il faut les suivre. On a préféré suivre nos usagers et laisser le projet ACESO de côté. Mais on continue à participer en lisant les e-books et en regardant les productions sur le site* » (focus groupe, directrice, organisation 13). Lors du focus groupe avec cette organisation partenaire, le malentendu autour de l'évaluation a pu être levé ce qui a conduit au réengagement de l'organisation - mais avec un autre référent - et la valeur de la participation a été reconnue : « *Ça a permis une meilleurs connaissances des partenaires et de leur axe de travail. Ça permet d'articuler un ensemble de personnes, d'arriver à une coordination du travail entre partenaires. Pour le travail de l'association, c'est très important* » (focus groupe, directrice organisation 13).

Cette situation souligne l'importance de disposer des ressources humaines et financières permettant à l'organisation de dégager du temps pour sortir des tâches quotidiennes et ainsi prendre du recul sur les pratiques.

c) Changement dans les pratiques des référents (organisations 3, 4, 5, 7, 9, 14, 15, 16 et 18)

Type d'organisation : 4 associations de professionnels, 2 associations de patients, 3 structures de soutien à d'autres organisations.

La participation des référents de ces neuf organisations partenaires était régulière et ils étaient impliqués dans le projet. Pourtant, les référents ont évoqué rencontrer des difficultés pour diffuser le projet au sein de leur organisation et les changements de pratiques n'ont concerné que ces référents. La difficulté de diffusion au sein des 3 structures de soutien à d'autres organisations peut s'expliquer par le fait que le changement des pratiques d'accompagnement concerne les acteurs ayant des pratiques d'AAS. Il n'était alors pas surprenant que les pratiques d'organisation n'en faisant pas directement ne changent pas. Les raisons identifiées pour ces difficultés pour les 6 autres organisations relèvent de :

- la difficulté d'impliquer les autres membres de l'organisation soit par manque d'équipe permanente (équipe de bénévoles uniquement), soit par manque de temps, ou encore faute de moyens financiers pour avoir une équipe complète ;
- le changement de référent, suite au départ du référent de l'organisation, qui a conduit à une prise de retard dans l'appropriation et la diffusion du projet.

De manière générale, l'analyse a permis de montrer que les référents étaient plus familiers avec l'accompagnement direct des personnes accompagnées mais qu'ils n'y intégraient pas les 7 critères de l'*empowerment* individuel : « *Je pense que j'ai une autre attitude, une autre gestuelle dans le sens où je fais plus attention avant d'aller sur les besoins de la personne. Parce que moi, je pouvais aller très vite. Je prenais plusieurs thèmes. Maintenant j'essaie de me canaliser, de me recentrer et de vraiment creuser ce qui a été demandé. C'est comme une rédaction. Je suis nulle en rédaction, j'allais direct à la conclusion ! Maintenant j'essaie de creuser et de mieux comprendre les besoins* » (entretien individuel, directrice organisation 5).

Les référents ont pris conscience de l'importance des ingrédients actifs de l'AAS pour le développement de l'*empowerment* individuel : « *Quand on parle d'empowerment, on parle souvent d'empowerment individuel, mais on oublie les autres dimensions. On oublie qu'une action peut avoir des effets à d'autres niveaux et ce sera utile pour la suite* » (verbatim extrait du séminaire du 15 avril 2021, salariée, organisation 9). Ils ont également eu recours à la pair-aidance, à la participation et proposé des temps de convivialité (environnement capacitant) : « *suite à la bourse de situations, j'ai décidé de proposer à la personne de participer à un temps de convivialité que nous organisons une fois par mois. C'est un temps qui a aussi pour vocation de faire de la prévention. Il est discuté d'un sujet de santé autour d'un déjeuner. L'idée était qu'elle puisse rencontrer d'autres personnes de l'association qui ne sont pas forcément malades* » (temps d'échange informel, observation participante suite à un retour de bourse de situation, salariée, organisation partenaire 14).

La plupart des référents ont commencé à transformer leurs pratiques auprès des personnes accompagnées pour y intégrer la dimension relevant de l'environnement capacitant (ou pour la renforcer) et en repensant leurs accompagnements pour les mettre en lien avec l'*empowerment* individuel. Ils ont essayé progressivement de diffuser ces nouvelles connaissances au sein de leur organisation. Les transformations de pratiques autour de l'*empowerment* individuel et de l'environnement capacitant se sont produites au profit de l'AAS

des personnes accompagnées. Ces transformations peuvent s'expliquer de par leur proximité plus importante avec les pratiques antérieures. En effet, certaines organisations mettaient déjà en place certains critères de l'*empowerment* individuel (par exemple avec des activités d'accompagnement autour de l'estime de soi ou en proposant des ateliers de prévention ou d'information sur la maladie) ou de l'environnement capacitant (par exemple des actions d'aller vers ou des temps de convivialité) (n=3). Il était alors plus facile pour les autres de s'en inspirer. Au niveau de l'*empowerment* collectif et organisationnel, rien n'a encore été mis en place pour les personnes accompagnées.

Les changements de pratiques des référents s'expliquent par leur participation au projet tandis que le manque de changement s'explique majoritairement par un manque d'implication des équipes (manque de moyen humain ou financier) ou de la direction. Ainsi, malgré la participation au projet, les pratiques de certaines organisations partenaires ont été peu modifiées car les acquis sont restés au niveau des référents. De plus, il convient de mettre en avant que, pour l'instant, les effets ne vont pas jusqu'à la mise en place de tous les ingrédients actifs de l'AAS, ce qui devrait limiter les effets pour les personnes accompagnées. La logique des accompagnements n'est pas encore totalement remise en question et reste focalisée sur sa dimension individuelle.

d) Changement dans les équipes (organisations 6 et 11)

Type d'organisation : 2 associations de professionnels

La participation des référents et de la direction était régulière. Il s'agit de deux organisations de taille moyenne, qui mènent des actions pour l'une à un niveau local, pour l'autre à un niveau national. Les équipes étaient composées de salariés auxquels pouvaient se joindre des bénévoles. Ces deux organisations partenaires ont réorganisé le travail d'équipe afin que les pratiques d'AAS soient mieux structurées et qu'il y ait plus de coopération entre les membres de l'équipe. Cependant, cette réorganisation n'est pas allée jusqu'à une réorganisation totale des missions de l'organisation autour de l'AAS. L'*empowerment* organisationnel et collectif ont été expérimentés auprès des équipes, ce qui a conduit à un changement de sa dynamique vers plus de coopération et de communication.

Au niveau des pratiques d'AAS pour les personnes accompagnées, les organisations avaient des actions sur 3 dimensions de l'AAS : *empowerment* individuel, *empowerment* collectif et environnement capacitant mais, sans le savoir ou sans les avoir formalisées. Le projet les a aidées à l'identifier et à le valoriser. Les organisations ont dès lors pu réfléchir à la mise en place du dernier ingrédient actif, l'*empowerment* organisationnel : « *l'empowerment organisationnel, c'est la première fois que je le vois. Et ça donne des idées de ce qu'on pourrait mettre en place* » (verbatim extrait du séminaire du 15 avril 2021, salariée, organisation 11). Les organisations partenaires se sont alors missionnées pour développer l'intégration des personnes accompagnées dans la vie de l'organisation.

Les référents sont devenus des tercéisateurs de leur propre organisation, ce qui a permis aux organisations partenaires de créer les conditions nécessaires pour que les équipes transforment leurs procédures et mettent en place les ingrédients actifs de l'*empowerment* pour les personnes accompagnées. La taille moyenne de ces deux organisations a été identifiée comme étant un levier favorable à ces changements car cela a permis au référent et à son équipe de dégager du temps pour la mise en place de temps de réflexion sur les pratiques.

e) Changement dans les organisations (organisations 1, 2 et 12)

Type d'organisation : 1 association de professionnels et 2 associations de patients.

Il s'agit de trois organisations de taille moyenne, ayant toutes les trois des antennes au niveau régional. Les référents et la direction participaient de manière régulière voire conjointe. Les organisations 1 et 2 avaient déjà, mais sans les avoir identifiées, des actions au niveau des trois ingrédients actifs de l'AAS et de l'*empowerment* individuel. L'organisation 12 était éloignée de ce type de pratique et avait des actions d'accompagnement centrées sur la personne accompagnée mais ne cherchait pas à atteindre les 7 critères de l'*empowerment* individuel. Les actions d'AAS n'étaient au cœur des pratiques pour aucune de ces trois organisations. En fait, les pratiques n'étaient pas identifiées comme étant de l'AAS. La participation au projet ACESO a poussé ces organisations à institutionnaliser leurs pratiques d'AAS et à réorganiser les missions de l'organisation autour de celles-ci. L'AAS est devenu le cœur de l'activité de chacune de ces organisations. Tous les membres de l'équipe étaient identifiés comme des accompagnants et des missions en lien avec l'AAS intégrées dans leur fiche de poste. Cette dynamique autour de l'AAS a créé une cohésion au sein des équipes et a favorisé les échanges.

Les équipes disposaient donc des ingrédients actifs de l'AAS pour développer leur pouvoir d'agir et être en mesure de changer leurs pratiques. De plus, la participation des personnes accompagnées y est devenue centrale et elles sont allées jusqu'à intégrer des personnes concernées dans les équipes (exemple : embauche d'un médiateur de santé pair au sein de l'organisation 12). Ainsi les 3 ingrédients actifs de l'AAS et l'*empowerment* individuel au profit des personnes accompagnées ont été mis en place au sein de ces organisations.

Enfin les organisations partenaires ont identifié l'importance de diffuser le projet à leurs antennes régionales et de former leurs bénévoles. Elles se sont de ce fait positionnées en tant que tertiaires de leur écosystème. Une double diffusion des apprentissages a eu lieu au sein des équipes des antennes nationales et au sein des équipes régionales. Le projet ACESO a permis d'améliorer leur animation du territoire et leurs propres pratiques.

Ces trois organisations ont pu participer et s'impliquer dans le projet. Cet engagement dans le projet les a conduites à modifier leurs pratiques et à intégrer les ingrédients actifs de l'*empowerment* individuel au bénéfice de leur équipe et des personnes accompagnées.

L'ensemble est résumé dans le tableau 7.

La CP ACESO a donc eu un impact sur les pratiques des référents et de leur organisation. La CP a construit l'environnement capacitant nécessaire pour favoriser l'*empowerment* collectif et organisationnel de ses membres. Une fois les 3 ingrédients actifs de l'*empowerment* individuel mis en place dans la CP, le développement du pouvoir d'agir individuel des référents a été possible. Les référents ont secondairement endossé le rôle de tiers tertiaire de leur environnement. Ce qui a conduit, comme l'analyse des effets l'a mis en avant, à aider les équipes des organisations partenaires à questionner leurs représentations et leur rapport aux personnes accompagnées. Les postures sont devenues moins paternalistes et la participation des personnes accompagnées a été mise au centre des accompagnements et de la gouvernance des organisations partenaires. Cela nécessitait que le référent dispose du soutien de sa hiérarchie et que l'organisation dispose des moyens humains et financiers pour s'impliquer dans un processus analogue à la démarche mise en place dans la CP. Si ces conditions étaient réunies, l'organisation pouvait expérimenter la construction d'une dynamique collaborative et la mise en place de la fonction de tertiaire. Il était alors possible aux équipes d'initier le développement des ingrédients actifs de leur propre *empowerment* individuel et amorcer le changement.

Au sein de la CP, la diffusion du projet n'a pas été homogène et toutes les organisations ne sont pas parvenues au même niveau de changement, ce qui peut aussi s'analyser en termes de maturité. L'évaluation de la maturité d'une organisation au changement a pour intérêt de pouvoir mieux déterminer dans quelle mesure celle-ci est prête à mettre en place le changement et éventuellement mieux orienter les efforts en ce sens. Ce niveau de maturité ne préjuge pas de la nature du changement. Il donne un aperçu général de l'état de l'organisation.

Il existe plusieurs modèles de mesure des pratiques de gestion du changement qui donnent lieu à des modèles de maturité dont l'objectif est de mesurer et d'améliorer la performance organisationnelle. Ils sont présents dans de nombreux domaines de la gestion : gestion du changement, gestion de projet, gestion de la connaissance, etc. Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes appuyés sur ces modèles pour en construire un en rapport avec notre objet (tableau 7).

Tableau 7 : Caractéristiques des organisations partenaires en fonction du niveau de changement

	Aucun changement observé et aucune participation : axé sur l' <i>empowerment</i> individuel sans inclure ses 3 autres ingrédients actifs	Aucun changement observé mais participation ou observation : axé sur l' <i>empowerment</i> individuel sans inclure ses 3 autres ingrédients actifs	Changement dans les pratiques des référents : 1 ou 2 des ingrédients actifs de l' <i>empowerment</i> individuel des personnes accompagnées	Changement dans les équipes : 2 des ingrédients actifs de l' <i>empowerment</i> individuel des personnes accompagnées	Changement dans les organisations : 3 des ingrédients actifs de l' <i>empowerment</i> individuel des personnes accompagnées
Nombre d'organisations	3	1	9	2	3
Type d'organisations	2 associations de professionnels 1 structure de soutien à d'autres structures	1 association de professionnels	4 associations de professionnels 2 associations de patients 3 structures de soutien à d'autres organisations	2 associations de professionnels	1 association de professionnels 2 associations de patients
Nombre de référents par organisation (nb cumulé)	1 référent par organisation (3 référents)	1 référent par organisation (1 référent)	2 référents par organisation (13 référents)	2 référents par organisation (4 référents)	2 référents par organisation (6 référents)
Fonction du (des) référent(s) dans l'organisation	Salarié(e)	Salarié(e)	Directeur/directrice et salarié(e)	Directeur/directrice et salarié(e)	Directeur/directrice et salarié(e)

Modalités de la participation	-1 référent parti en retraite, un membre de l'équipe « hiérarchique » réfractaire au projet et absence de participation de la direction -1 référent n'ayant jamais participé -1 référent ayant repris le projet après le départ de l'ancien référent de l'organisation	-1 référent salarié avec peu ou pas de participation de la direction au projet ACESO	-6 directeurs : 2 directeurs d'associations constituées uniquement de bénévoles ne permettant pas l'implication de l'équipe dans le projet 2 directeurs participant de manière alternée 2 directeurs impliquant leurs équipes ponctuellement -7 référents 2 participants avec leur direction (cf ci-dessus) 3 référents salariés qui impliquent ponctuellement leur direction 2 référents ayant des difficultés à impliquer leur direction	-2 référents participant de manière alternée au groupe de travail en fonction de leur disponibilité	-1 référent directeur impliquant son équipe à certains moments du projet (association de professionnels) -2 référents directeurs qui ont ensuite impliqué un de leur salarié tout en continuant à suivre le projet mais uniquement pour les aspects stratégiques du projet et non plus pour les groupes de travail (association de patients)
Fréquence de participation du/des référent(s)	Faible participation puis plus de participation	Peu ou pas de participation durant une période du projet	Participation régulière des référents	Participation régulière des référents	Participation régulière des référents
Participation de la direction et des équipe	Pas ou peu de participation de la direction	Pas ou peu de participation de la direction	Participation direction ou équipe	Participation de la direction et d'un membre de l'équipe	Participation de la direction et d'un membre de l'équipe
Implantation	Echelle locale et échelle nationale pour l'autre	Echelle locale	Echelle locale sauf 1 association de professionnels à l'échelle nationale	Echelle locale (Île-de-France)	Echelle nationale (via des antennes régionales)
Equipe	Equipe pluriprofessionnelle (n=2) Absence d'information (n=1)	Equipes pluridisciplinaires sans bénévole	Equipes uniquement de bénévoles (n=2) Equipes pluriprofessionnelles	Equipes pluriprofessionnelles avec (n=1) ou sans bénévoles (n=1)	Equipes pluriprofessionnelles avec (n=2) ou sans bénévoles (n=1)

			avec (n=1) ou sans bénévoles (n=3) Organisation d'appui pluriprofessionnelle n'ayant pas d'accompagnement individuel (n=3)		
Place de l'AAS	Présent mais n'est pas au cœur de l'organisation et axé sur le sanitaire (n=1) Absence d'information (n=1) Au cœur de l'organisation (n=3) mais très axé sanitaire (n=1)	Au cœur de l'organisation (n=3) mais très axé sanitaire ou social	-Au cœur de l'organisation (n=4) -Appui à d'autres organisations (n=3) -Présent mais n'est pas au cœur des missions de l'organisation (n=2)	Au cœur de l'organisation (n=3)	Au cœur de l'organisation (n=3)
Ingrédients actifs de l' <i>empowerment</i> au lancement de l'expérimentation	Centré sur le soin (accompagnement dans un second temps) (n=1) Absence d'information (n=1) Centré sur l'accès au soin pour les personnes accompagnées (n=1)	Axé sur l' <i>empowerment</i> individuel	Majoritairement sur 1 ou 2 des dimensions de l' <i>empowerment</i> (individuel ou environnement capacitant)	3 dimensions de l' <i>empowerment</i> (l' <i>empowerment</i> organisationnel était peu ou pas développé)	4 dimensions de l' <i>empowerment</i> (n=2) et 2 dimensions de l' <i>empowerment</i> (n=1)
Ingrédients actifs de l' <i>empowerment</i> à la fin de l'expérimentation	Reste centré sur le soin (accompagnement dans un second temps) (n=1) Reste axé sur l' <i>empowerment</i> individuel (n=2)	Reste axé sur l' <i>empowerment</i> individuel	2 ou 3 des dimensions de l'AAS	4 dimensions de l'AAS	4 dimensions de l'AAS
Gestion du changement en tant que compétences organisationnelles	Absence de démarche de changement ou d'amélioration des pratiques. L'expertise est extérieure à l'organisation.	Quelques éléments de gestion du changement pour certains projets ou pour certaines pratiques (mobilisation de la carte mentale, identification de	Approche commune au sein des organisations pour viser l'amélioration des pratiques (temps d'analyse de pratiques, réunions	Normes et méthodes utilisées à travers l'organisation (AAS devient le cœur de la pratique, intégration des personnes	La gestion du changement est une compétence organisationnelle qui se retrouve à tous les niveaux; C'est l'organisation qui devient

		ses représentations, etc.). L'expertise repose sur le référent qui devient tertiérisateur de son environnement.	pluriprofessionnelles, etc.). L'expertise repose sur plusieurs membres de l'équipe.	accompagnées dans l'organisation, etc.). L'expertise est partagée par toute l'équipe.	tiers tertiérisateur des organisations avec qui elle est en relation ou en partenariat.
Niveau de maturité	Niveau 0 : Absence	Niveau 0 : Absence	Niveau 1 : Pratiques isolées	Niveau 2 : Projets organisationnels fédérant les équipes	Niveau 3 : Normes organisationnelles & Niveau 4 : Compétence organisationnelle

La gestion du changement nécessite que toute l'organisation se lance dans la mise en place du changement et que celui-ci devienne une compétence organisationnelle pour ne pas rester une compétence individuelle ou propre à une équipe qui sont temporaires puisque personne dépendante. La mise en évidence de différents niveaux de changement dans les organisations partenaires inclinerait à considérer le cadre d'évaluation nationale comme une grille d'évaluation de la maturité des pratiques d'AAS des organisations partenaires. Par exemple, il sera plus facile pour une organisation déjà proche des 4 dimensions de l'AAS d'intégrer des transformations car elle n'a pas besoin d'une réorganisation totale de sa logique organisationnelle. La rupture avec la culture antérieure y sera moins importante. En revanche, une organisation plus éloignée de l'AAS dans ses 4 dimensions, est confrontée à une remise en question plus profonde de sa culture et de ses manières de faire. Le cheminement pour parvenir à une transformation durable de la culture organisationnelle demande alors plus d'efforts à l'organisation et à ses équipes pour s'adapter au changement. Cette logique semble aller de soi puisqu'une organisation éloignée de l'objet du changement doit fournir plus d'efforts pour se transformer mais ce qui est intéressant à souligner, c'est que des caractéristiques qui facilitent le changement se dégagent. Nous avons pu en identifier plusieurs. La participation de la direction jouait un rôle central puisqu'il lui revenait de laisser le temps aux équipes de participer au projet et de créer les conditions d'expérimentation nécessaires au sein de l'organisation. Le changement de pratique n'était alors plus ponctuel ou projet-dépendant mais devenait une priorité pour l'organisation. La taille de l'organisation avait aussi une importance, car plus l'équipe disposait de moyens humains et financiers pérennes et plus la participation d'un ou de plusieurs de ses membres à la CP était possible et régulière. Cela permettait d'avoir des équipes complètes à temps plein, d'éviter le turn over et de pouvoir dégager du temps pour les démarches réflexives. Il convient de préciser que les équipes de ces organisations, sans compter les antennes régionales et les bénévoles, restaient relativement petites (inférieure à 30 salariés pour la plus grosse) et que les petites organisations pouvaient reposer sur l'engagement d'uniquement deux ou trois personnes. Ainsi, alors qu'on aurait pu s'attendre à davantage de réactivité des petites organisations, c'est l'inverse qui s'est produit. Quand l'organisation est trop petite, elle ne dispose pas des ressources suffisantes pour mobiliser ses membres dans un processus réflexif et transformatif car les actions quotidiennes restent priorisées. En revanche, les organisations jouant un rôle de tiers auprès des équipes de leurs antennes régionales ont mieux réussi à se saisir de la fonction de tercésiation. Cependant, la recherche ne nous a pas permis d'aller jusqu'à observer, dans les antennes régionales, les effets de la mise en place de ce second niveau de tercésiation.

Ainsi, il est nécessaire que l'animateur de la CP tienne compte du fait que certaines caractéristiques organisationnelles sont plus favorables au changement. Il devrait notamment s'adapter aux différents rythmes de changement au sein de la communauté et identifier les risques de ruptures de certaines organisations (manque de temps, manque de ressources, etc.) pour trouver avec elles des solutions pour les contourner ou pour maintenir une implication, même plus fractionnée. De plus, la place centrale de la direction ressort, ce qui invite à réfléchir à la façon de sensibiliser et impliquer les dirigeants dans ce type de démarche. Cela nous paraît d'autant plus important qu'ils sont les plus éloignés du terrain, donc des personnes accompagnées, et que les évaluations de l'activité de leur organisation reposent sur des indicateurs quantitatifs et non qualitatifs. L'implication de la direction est donc un point de vigilance important pour la réussite de ce type de projet.

**PARTIE V : DISCUSSION GÉNÉRALE ET
PERSPECTIVES DE RECHERCHE**

Notre travail avait trois objectifs : identifier les effets et les mécanismes pour les individus, le collectif et les organisations, comprendre le rôle du tiers dans l'animation d'une communauté de pratique et identifier des contextes facilitant et freinant la mise en place du changement.

Concernant les effets, ceux-ci se retrouvent à plusieurs niveaux. Comme le visait principalement le projet, ils se traduisent par des changements de pratiques des participants (les référents), notamment par plus de coopération et de pluridisciplinarité dans leur AAS. Leurs changements de posture se remarquent notamment lors d'accompagnements de personnes dont les situations sont particulièrement complexes. Les participants au projet ont pour certains réussi à disséminer leurs changements de pratiques autour d'eux, dans leur propre organisation. La variabilité des effets observés à ce niveau-là a pu mettre sur la piste de quelques contextes facilitant ou freinant la mise en place du changement.

Nous nous sommes intéressé aux processus explicatifs de ces effets. En tout premier, nous avons constaté que la communauté de pratiques à laquelle participaient les référents était un espace favorisant des processus d'apprentissage que nous avons cherché à caractériser. Nous avons observé des apprentissages vicariants et transformationnels. Ayant constaté que les participants à la communauté de pratique soulignaient l'importance de l'animation dont ils avaient bénéficié, nous avons cherché à caractériser le rôle de l'animateur. Ce que nous avons fait en nous appuyant sur le concept de tercésation et les dimensions qui le constituent. En sus d'avoir proposé deux nouvelles dimensions à ce concept, nous avons souligné les caractéristiques pédagogiques du tercésateur. De plus, nous avons interprété le rôle des référents auprès de leur propre organisation comme celui de tercésateurs, ce qui nous a conduit à conclure que les rôles ne sont jamais figés, que les tercésés peuvent devenir des tercésateurs.

L'ensemble tend à asseoir une théorie d'intervention en double entonnoir et à valider l'importance des 3 ingrédients actifs de l'*empowerment* individuel des personnes accompagnées.

Cette partie comporte 5 axes se rapportant à :

- l'originalité de la recherche ;
- la validité de la recherche, à ses forces mais aussi à ses limites ;
- au lien entre l'*empowerment* des accompagnants et celui des personnes accompagnées ainsi qu'aux conditions nécessaires pour y parvenir ;
- à l'accompagnement du changement et au rôle des structures d'appui dans celui-ci ;
- l'intégration des effets de halo dans l'évaluation des actions de santé publique.

V.1 Originalité de la recherche et intérêt scientifique

V.1.1 Une étude approfondie d'un projet

La recherche qualitative compréhensive a pour intérêt de comprendre et d'interpréter les significations et les expériences vécues par les individus (86). Elle permet de se concentrer sur la collecte et l'analyse de données descriptives et subjectives afin de tenter de saisir la complexité du phénomène étudié. La méthode ethnographique facilite l'immersion dans la communauté de pratique et permet d'explorer de manière fine et en conditions réelles les comportements, les attitudes, les perspectives et les expériences des participants au projet étudié. Elle donne ainsi accès à une compréhension approfondie de la réalité observée (107). Ainsi l'objectif général n'était pas de prétendre à ce que la recherche soit généralisable à l'ensemble des communautés de pratiques, mais de fournir une compréhension approfondie et contextualisée du phénomène étudié pouvant être utilisable dans des contextes similaires.

V.1.2 Une recherche alliant mécanismes et effets

La recherche s'est intéressée à la fois aux mécanismes et aux effets au sein de la communauté de pratiques (CP) constituée autour du projet ACESO et dans les organisations partenaires du projet. Le concept d'*empowerment*, qui renvoie autant aux mécanismes et aux effets (184,185), semblait particulièrement adapté pour décrire le développement du pouvoir d'agir des référents au sein de la CP. De plus, son usage via le cadre de l'évaluation nationale (57,66) permettait de s'intéresser à la fois aux dimensions collectives, organisationnelles et individuelles de l'*empowerment* tout en y incluant le concept d'environnement capacitant.

Le premier article a été consacré aux effets produits sur les pratiques des référents suite à leur participation à la CP et au processus de diffusion de ces pratiques au sein des organisations mères, en faisant l'hypothèse d'effets de halo (186). Le second article a porté sur le processus mis en place par le porteur de projet, dans son rôle de structure d'appui à la CP. Sa mission principale était d'animer la CP, ce qu'il a fait en tant que tiers tertiaire (134,159,187). Les éléments complétant le premier article ont mis en lumière des effets pour les personnes accompagnées et les premiers effets observés plaident pour le constat de postures qui devraient faciliter leur *empowerment*. Il s'agissait de premiers éléments suggérant que la dynamique du projet a eu les effets attendus pour les personnes accompagnées. Enfin, les résultats complémentaires du second article permettent de rappeler que la profondeur du

changement n'était pas linéaire mais qu'elle dépendait des conditions organisationnelles de l'organisation dans laquelle la dynamique de changement prend part. Il a pu être identifié des caractéristiques organisationnelles facilitant le changement telles que la taille des organisations et la participation de la direction.

V.2 Validité, forces et limites de la recherche

V.2.1 La validité et la fiabilité des résultats

La validité des résultats repose sur a) des critères de « crédibilité » (ou « validité interne »), b) de « transférabilité » (correspondant à la « validité externe » ou l'« applicabilité ») et de c) « confirmabilité » (correspond à la neutralité et à l'objectivité) (188).

a) Critère de « crédibilité »

Le critère de « crédibilité » vise à éviter que les données recueillies soient contaminées par notre présence en tant que chercheuse sur le terrain ou ne soit une fabrication de notre part. Pour cela, il est possible de recourir à plusieurs mesures qui visent à créer une séparation entre les participants de la recherche et le chercheur (188–190). Egon G. Guba et Yvonna S. Lincoln (1985) ont identifié 6 mesures que nous pensons avoir mises en place : l'engagement sur le long terme sur le lieu de recherche pour limiter les distorsions des activités ou des interactions dues à notre présence de chercheuse sur le terrain ; l'observation dite persistante pour identifier les caractéristiques principales des données et éliminer les moins pertinentes ; la présentation aux pairs pour recevoir des conseils (états d'avancement de thèse, présentations aux directeurs de thèse, présentations lors de colloques, etc.), la prise en compte d'autres points de vue pour sortir des sentiments personnels et de notre subjectivité (par présentation au comité d'auto-évaluation du projet ACESO) ; par des techniques de triangulation dont la triangulation des données (recoupement entre les données) et la triangulation écologique (retour aux participants de manière constante) et enfin la conservation du matériel de référence, non utilisé, pouvant être utilisé ultérieurement. Un exemple de triangulation des données est montré en annexe (annexe 2).

b) Critère de transférabilité

Le critère de « transférabilité » est lié à l'adaptabilité des données ou des résultats. Il aide à prendre une décision concernant la possibilité de transfert des résultats dans d'autres situations. Cette notion est porteuse de nombreux débats en recherche qualitative puisque par définition la recherche qualitative, et plus particulièrement compréhensive dans laquelle est inscrite ce travail de recherche, vise à ancrer les résultats dans un contexte. C'est ce dernier qui permet de donner un sens aux données et d'un saisir le sens. Au critère de transférabilité, nous préférons celui de « générativité » (188,191) qui *« peut être conçue comme la capacité pour une recherche qualitative de stimuler et de participer à la production de nouveaux objets, de nouvelles perspectives, de nouvelles méthodes »* (Proulx, 2019) (188). C'est ce que nous avons tenté de réaliser en construisant la théorie d'intervention du projet ACESO. Ainsi, la recherche qualitative *« s'arrime avec l'idée de contribuer et de participer à l'avancement des compréhensions (de toutes sortes) et de produire de nouvelles idées (de toutes sortes). Tournée vers le futur et l'avancement des compréhensions, l'intention des travaux en recherche qualitative sous l'angle de la générativité n'en devient plus d'offrir un état de fait sur ce qui est et comment ceci l'est : on ouvre plutôt la porte au possible et à ce qui peut arriver. C'est en ce sens que les recherches qualitatives participent au développement de nouvelles problématiques de recherche, de nouvelles questions, de nouvelles connaissances scientifiques, de nouvelles distinctions, de nouvelles dynamiques de recherche, qui en génèrent de nouvelles à leur tour »*. Or, la théorie d'intervention proposée dans le cadre de ce travail soulève de nouvelles questions de recherche qu'il sera nécessaire de développer dans des travaux ultérieurs. Nous essayerons plus loin de formuler les premières perspectives qui nous semblent se dégager de ce travail ainsi que les nouvelles idées et questions de recherche qui en découlent.

c) Critère de « confirmabilité »

Le critère de « confirmabilité » repose sur la transparence du chercheur quant à son positionnement et son contexte. Celui-ci repose sur le travail de réflexion que nous avons mis en place au lancement du travail de recherche sur la place du doctorant CIFRE dans la recherche. Cette réflexion a fait l'objet d'un développement détaillé dans la partie méthode de la thèse. De plus, un travail sur nos présuppositions a été réalisé tout au long du travail de doctorat via un encadrement régulier des directeurs de thèse et une présentation annuelle aux membres du laboratoire.

V.2.2 Les forces de la recherche

a) Le choix de la méthode compréhensive

La méthode compréhensive a présenté de nombreux atouts pour cette recherche parmi lesquels cinq se dégagent particulièrement :

1. Sa flexibilité méthodologique, c'est-à-dire son adaptation méthodologique aux besoins de l'étude, permet d'utiliser de nombreuses méthodes de collecte de données (entretiens individuels, focus groupes, observations participantes, analyse documentaire) et de recueillir de nombreuses informations selon des perspectives différentes, offrant la possibilité de trianguler les données.
2. Sa contextualisation, qui suppose de tenir compte du contexte spécifique dans lequel les interactions et les phénomènes prennent part, permet de montrer la spécificité de la communauté de pratique observée et de comprendre ainsi les facteurs influençant les expériences de chacun de ses membres.
3. La richesse et la diversité des données recueillies donnent une perspective intéressante puisqu'elles rendent compte de la variété des expériences individuelles des membres de la communauté de pratique mais aussi celle de chacune des organisations partenaires et de comprendre l'influence de l'environnement.
4. Sa vision holistique, alliant le point de vue des différents membres de la CP, permet d'obtenir la vision la plus globale possible du phénomène étudié. La description et l'analyse des multiples dimensions se jouant au sein de la CP permet d'en rendre une vision globale dans laquelle il est possible de saisir la complexité des relations individuelles, collectives et contextuelles qui se jouent au sein de la dynamique collaborative.

5. Sa démarche itérative dans le recueil de données et leur analyse, qui permet de s'appuyer sur les connaissances existantes dans la construction de l'objet de recherche. Ici, la recherche participe à la validation des connaissances existantes sur les CP et leur méthode d'animation et permet de dégager des perspectives complémentaires, notamment relatives aux dimensions de la tercésation.

b) L'ancrage théorique

L'ancrage de notre recherche se situe au cœur de la santé publique en ce sens qu'elle visait à mieux comprendre comment une communauté de pratique dans le champ de la santé permet d'améliorer les pratiques d'accompagnement pour qu'elles favorisent l'*empowerment* des personnes accompagnées. La santé publique est un champ de pratique qui emprunte aux disciplines constituées en fonction de ses finalités. La perspective de santé publique de cette thèse, nous a permis de mobiliser plusieurs méthodes de champs disciplinaires différents.

Ainsi nous avons pu avoir recours aux sciences de gestion/mangement. D'abord en nous appuyant sur le concept de CP déjà mobilisé en santé publique. Puis en identifiant que le rôle du porteur de projet renvoyait à la posture de tiers tercésateur décrite par Virginie Xhaufclair et François Pichault (2012) (134). Nous avons aussi eu recours aux sciences de l'éducation car les CP renvoient fortement aux apprentissages chez l'adulte et aux apprentissages organisationnels de Donald A. Schön et Chris Argyris (2002) (50).

La mobilisation de l'apprentissage transformationnel renvoie lui à un processus d'autoformation dans lequel l'apprenant doit être accompagné par le formateur pour l'aider à entreprendre une démarche réflexive vis-à-vis de ses pratiques, de ses croyances et de ses valeurs. On y retrouve ainsi une approche théorique proche des théories d'apprentissage du constructivisme et du socioconstructivisme car la connaissance se construit (voire se construit socialement) et devra bouleverser les représentations de l'apprenant pour en produire de nouvelles. Le formateur y tient une place centrale (172,183). Il remplit « *la fonction capitale de facilitateur des processus de groupes, de conseiller pédagogique, d'animateur, de travailleur social et de militant des causes sociales ou d'administrateur de programmes éducatifs* » (Mezirow, 2001) (172). Il est en charge d'établir un environnement favorable et de créer un espace de confiance. Il joue un rôle de modèle auprès de l'apprenant en mettant en avant une volonté de changer et d'apprendre. Dans ce contexte, la fonction pédagogique du tiers tercésateur nécessiterait aussi d'être mieux caractérisée au regard des sciences de l'éducation.

Notre ancrage théorique pluridisciplinaire permettait, selon nous, d'affiner le travail de description globale et de caractérisation des phénomènes observés dans la recherche compréhensive et permettait de tendre vers la vision la plus holistique possible du phénomène observé. Un autre avantage serait d'apporter des pistes concrètes d'action pour la mise en place des apprentissages et du changement organisationnel nécessaires au changement des pratiques, tel que cela a été ici le cas pour l'AAS.

C) L'implication des représentants d'associations de patients

Si les personnes accompagnées n'ont pas pu être directement interrogées au cours de cette recherche, il faut souligner que le collectif au sein du projet ACESO comportait un fort contingent de représentants d'associations de patients. Ils étaient les porte-paroles des personnes accompagnées au sein du projet. La participation des référents de ces organisations a été régulière et importante et cela durant les 5 années de l'expérimentation, que ce soit dans les groupes de travail ou les séminaires. De même, 3 des 10 focus groupes ont pu être réalisés auprès des membres de leur équipe. L'implication des représentants des personnes accompagnées au sein du projet et de la recherche représente une plus-value importante de ce travail.

Mais les représentants d'associations de patients ne peuvent se substituer à la participation des personnes accompagnées. Celles-ci n'ont pas été interviewées. Or l'*empowerment* des personnes accompagnées reste l'objectif final de la théorie d'intervention issue de ce travail de recherche. Ne pas interroger les personnes accompagnées présente donc une perte d'information dans la construction de la théorie. Ce choix s'explique cependant par la temporalité de la recherche. Celle-ci a eu lieu en même temps que le projet qui était le terrain de recherche. Si le projet a permis de premières transformations pour les pratiques des accompagnants et de leur organisation, il était trop tôt, lors du travail de recherche, pour que celui-ci ait des impacts majeurs pour les personnes accompagnées. Il serait maintenant intéressant de continuer le travail de recueil auprès des personnes accompagnées pour voir ce qui a changé dans leur accompagnement de leur point de vue.

V.2.3 Les limites de la recherche

a) Limites conjoncturelles

Disponibilité limitée des équipes pour participer à la recherche

Les membres de la communauté de pratique dont les organisations avaient des pratiques d'accompagnement ont tous participé à des entretiens individuels. La difficulté a été de mobiliser les équipes pour des focus groupes (6 organisations sur 17 n'ont pas participé à un focus groupe). Plusieurs causes ont été identifiées : le manque d'implication de l'équipe dans le projet ACESO, le manque de temps de l'équipe, l'impossibilité de trouver des dates qui puissent convenir à tous, la crise sanitaire qui mobilisait les équipes et leur demandait une forte adaptabilité pour initier les accompagnements en distanciel. Il est aussi possible que la difficulté de mobilisation des équipes vienne d'une méconnaissance voire d'un désintérêt vis-à-vis du projet.

De plus, s'il a été possible de réaliser des focus groupes avec certaines équipes des organisations partenaires de la communauté de pratique, dans très peu de cas toute l'équipe était présente et le plus souvent seuls deux ou trois membres par équipe ont participé en plus du référent. Il est probable que ce sont les membres de l'équipe qui avaient le plus contribué au projet qui ont pu se mobiliser pour ces temps d'échange.

La crise sanitaire

La crise sanitaire a eu un impact sur le recueil des données car si une grande partie des entretiens et des focus groupes a pu se faire en présentiel, de nombreuses observations participantes se sont déroulées en distanciel pour des raisons sanitaires. Cette distance a limité l'observation des interactions en conditions réelles ainsi que le recueil d'information lors des temps d'échange informels (pause-café, pause-déjeuner, etc.). Une perte d'information est donc à regretter. Cependant, comme la dynamique de la communauté de pratique avait été lancée avant la crise sanitaire, la confiance et la liberté de parole avaient déjà pu être instaurées, ce qui a limité la perte d'information. De plus, les communautés de pratique sont des types d'organisation qui sont décrites comme fonctionnant de manière efficace selon des modalités d'échange virtuelles (192,193).

b) Limites méthodologiques

L'absence du concept d'autonomie dans l'analyse

Au cours de cette étude, c'est uniquement le concept d'*empowerment* qui a été mobilisé pour s'inscrire dans la continuité de l'appel à projet de l'expérimentation nationale et du cadre évaluatif national des projet d'AAS. Il aurait été intéressant de mobiliser aussi le concept d'autonomie et de réinterroger le concept d'*empowerment* au regard d'autres concepts (194) : celui d'autonomie qui est au cœur de l'AAS ou celui d'accompagnement pris dans une vision de dispositif, de posture et de relation renvoyant aux travaux de Maela Paul (2009, 2012) (35,195). Ce croisement de concepts aurait pu permettre d'obtenir une compréhension plus approfondie du sujet de recherche. Il aurait été d'autant plus intéressant que les concepts d'autonomie et d'*empowerment* sont souvent confondus alors que ce sont deux concepts différents. C'est un élément que nous allons aborder plus loin dans la discussion.

Des analyses de pratique centrées sur les situations complexes d'AAS

Les temps d'analyse de pratique étaient l'occasion d'échanger prioritairement autour des cas complexes d'AAS. Cette analyse pourrait laisser penser que l'AAS est une pratique destinée aux personnes ayant des situations de vie les plus précaires. Cette vision de l'AAS, en plus de ne pas refléter la réalité des organisations partenaires, nous semble stigmatisante et simpliste. En effet, chacun peut avoir besoin d'un accompagnement à n'importe quel moment de sa vie en fonction des difficultés qu'il rencontre. L'être humain est pas essence vulnérable et on sait par ailleurs que les inégalités sociales (de santé notamment) forment un gradient qui traverse la société dans son ensemble. Réserver l'AAS aux personnes vivant dans les situations les plus précaires pourrait traduire une version néolibérale de l'accompagnement qui sur-responsabilise l'individu sans penser aux transformations sociétales qu'appellerait la résolution au moins partielle des difficultés qu'il rencontre.

V.3 De l'empowerment des professionnels à l'empowerment des personnes accompagnées

La littérature, en particulier dans le champ infirmier, mobilise fréquemment la notion d'*empowerment* des soignants (196,197). Ce concept, qui puise son origine dans la lutte pour les droits civiques, y est convoqué pour aider les professionnels à reprendre du pouvoir sur leur pratique et leur environnement pour pallier les pertes de sens au travail (19,196). L'*empowerment* des infirmiers est un moyen de contribuer à l'innovation organisationnelle qui

a pour intérêt de proposer une alternative à l'approche descendante de l'innovation (196). De plus, l'OMS dans un rapport en 2020 soulignait l'importance de développer le leadership des professionnels infirmiers (198). En France, les initiatives se tournent particulièrement vers l'*empowerment* comme moyen de soutenir le leadership transformationnel (199) et donc conduire à des changements organisationnels.

Dans ce travail d'*empowerment* des accompagnants, ces derniers disent l'importance pour eux de penser la pratique en vue de l'améliorer pour les personnes accompagnées. La personne accompagnée est la valeur centrale autour de laquelle il est possible de réunir tous les professionnels quel que soit leur champ disciplinaire. Il convient de rester vigilant sur cette valeur. Si en pratique les professionnels sont pleins de bonnes intentions, il existe néanmoins une différence entre les pratiques réelles (ce qu'ils font) et les pratiques exprimées (ce qu'ils disent) sans pour autant qu'ils en aient conscience (19). Il existe alors un risque réel que l'*empowerment* des professionnels, s'ils maintiennent une position d'expertise ou paternaliste, creuse les rapports de pouvoir car le pouvoir des professionnels est susceptible de s'exercer sur les usagers qu'ils servent. Or, les résultats de cette recherche tendent à montrer que sous certaines conditions, il est possible non seulement de concilier les deux, mais surtout que l'*empowerment* des uns peut contribuer à celui des autres.

L'application concrète passe par un déplacement de la posture des accompagnants qui peut s'expliquer de trois manières : 1) en aidant les accompagnants à développer leur réflexivité sur leurs pratiques et leurs croyances ; 2) en favorisant une prise de conscience de ses propres vulnérabilités et contraintes, ce qui contribue à devenir plus indulgent face à celles d'autrui, ce qui est susceptible d'améliorer dès lors l'estime d'elles-mêmes des personnes concernées et 3) en aidant à conscientiser les conditions nécessaires à l'*empowerment* par l'expérimentation de son propre *empowerment*, contribuant à repérer le chemin pour mieux guider autrui.

V.3.1 Prendre conscience de ses pratiques et de ses représentations

Au sein de la CP, les pratiques d'AAS ont été requestionnées au regard du concept d'*empowerment*. Comme dans la théorie de l'apprentissage transformationnel, dans le cadre de la CP ce sont les autres qui ont accéléré le processus de prise de conscience en leur fournissant des perspectives alternatives et le soutien nécessaire pour se lancer dans une démarche de changement (183). Le collectif a aidé à identifier les difficultés partagées et à développer la

réflexivité des membres de la CP, soit leur capacité à réfléchir délibérément sur leurs propres pratiques, comme le signifie Philippe Perrenoud (2001) (200) en vue de les améliorer (Tochon, 1993) (201,202). Réfléchir aux pratiques, c'est aussi et surtout travailler sur les dimensions qui sous-tendent les pratiques, c'est-à-dire l'identité professionnelle, les représentations, les savoir-faire et les savoirs, les attitudes et les schémas de pensée (200). Ce processus aide à examiner de manière critique ses pensées, ses valeurs, ses préjugés et ses comportements pour devenir conscient de ses schémas de pensée et les remettre en question.

La réflexivité des membres de la CP a favorisé le processus d'ouverture nécessaire pour démarrer un processus d'apprentissage et plus particulièrement celui de l'apprentissage transformationnel qui leur a permis de développer de nouvelles perspectives d'action en accord avec les nouvelles valeurs qu'ils ont coconstruites. Là encore, le collectif a eu son importance. Comme l'expose la théorie de l'apprentissage, c'est le dialogue et la validation sociale des nouvelles perspectives qui rendaient la transformation possible. Les valeurs qu'ils se sont fixées étaient celles de coopération, d'interdisciplinarité, de communication, de partage de connaissance, d'empathie, de bienveillance et surtout de participation des personnes accompagnées. Les nouvelles perspectives d'action reposaient sur les compétences nécessaires aux accompagnants pour aider les personnes accompagnées à devenir actrices de leur prise en soin. Elles visaient à repenser les relations d'AAS pour réduire l'asymétrie entre accompagnants et personnes accompagnées en favorisant la participation de ces dernières.

La CP a mis à disposition des individus et des collectifs les ressources nécessaires au développement de leur réflexivité et de leur *empowerment*. Cette approche est d'autant plus intéressante que la formation de professionnels autonomes et critiques reste un défi important pour s'adapter aux problématiques et aux contextes de plus en plus complexes (203) tels que rencontrés notamment dans le champ de l'accompagnement. L'apprentissage a aidé les membres de la CP à conscientiser les incohérences entre leurs valeurs professionnelles et leurs pratiques et à questionner leur pratique d'AAS au regard de l'*empowerment* : est-ce que l'AAS que nous proposons aide au développement de l'*empowerment* des personnes accompagnées ? Comment améliorer les pratiques individuelles et organisationnelles pour le favoriser ? La communauté de pratique est ainsi devenue un espace d'initiation de pratiques plus inclusives. Ainsi, dans notre recherche nous retrouvons la conscientisation comme un mécanisme central de l'*empowerment*, comme décrit dans l'approche du développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs (19) ainsi que dans l'apprentissage transformationnel (183).

V.3.2 Prendre conscience de ses propres vulnérabilités pour repenser les rapports de pouvoir

La maladie expose à plusieurs formes de vulnérabilité dont la vulnérabilité sociale, entendue comme la peur d'être exclu-e de la société du fait de la perte de son statut social (204).

Redonner son importance à la vulnérabilité dans la relation avec l'autre, c'est aussi aider la personne à identifier ses forces et ses ressources. Tanguy Châtel (2019) considère par exemple que pour certaines personnes, la vulnérabilité n'est pas une fatalité mais peut conduire à certains effets positifs sur leur vie (205,206). C'est le cas de certaines personnes qui, suite à la maladie, vont changer de mode de vie ou s'engager pour les autres en s'engageant dans une association, en changeant de profession pour devenir par exemple patient expert ou médiateur de santé pair ou en témoignant de leur expérience de la vie avec la maladie pour aider d'autres personnes malades (207–209). Cette vision de la vulnérabilité permet de repenser l'expérience de la personne accompagnée et de l'aider à développer ses propres savoirs expérientiels. Mais il est nécessaire qu'elle dispose de l'accompagnement pour les identifier et des espaces d'échange qui le favorisent (par exemple des groupes d'entre-aide avec des pairs). La maladie est aussi une occasion d'apprentissage où les premiers savoirs acquis sont de l'ordre de l'expérience, dits savoirs expérientiels (207) qui correspondent à l'identification par les personnes malades de ce qui fonctionne ou non pour elles (207). Ils peuvent rester implicites ou devenir explicites. Leur explicitation repose notamment sur une prise de conscience de leur savoir qui peut être aidée par une analyse rétrospective de l'expérience de vie avec la maladie. Les accompagnants jouent un rôle important pour aider les personnes malades dans ce processus de conscientisation (19). Pour y parvenir, il est nécessaire, qu'ils changent de regard sur les personnes accompagnées (19).

Au sein de la CP, c'est cette reconnaissance des savoirs expérientiels, notamment de ceux portés par les représentants des associations de patients, qui a permis aux membres de la CP de sortir d'une vision trop souvent négative de la personne accompagnée au prisme de ses faiblesses et de ses problèmes pour aller vers une vision plus positive d'une personne aussi riche de ressources et de forces au service de son AAS. Cette évolution de pensée les a conduits à s'appuyer sur les ressources de la personne plutôt que pallier ses carences, évitant par là aux professionnels de tomber dans le piège d'une expertise unilatérale. Progressivement, ce changement de vision de l'AAS a conduit à une diminution des postures paternalistes au profit

d'une approche centrée sur la personne. Comme montré dans la démarche du développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités, l'implication des personnes concernées, dans notre cas celle de leurs représentants, a participé à ce changement de posture. De plus, la reconnaissance des connaissances expérientielles des personnes accompagnées et leur inclusion dans le processus de soin ont déjà été mises en évidence comme une des valeurs fondamentale à la mise en place du partenariat patient (210).

Mais ces adaptations ne vont pas de soi dans un système de santé où des difficultés multiples demandent aux professionnels de faire plus malgré des budgets en baisse (19,21). De plus, les recherches actuelles ont objectivé le malaise des professionnels (211) et des étudiants (212) de la santé. Au sein de la CP ACESO, la totalité des organisations étaient confrontées à ces difficultés, ce qui avait des conséquences directes sur le turn over des équipes, la difficulté à recruter et l'épuisement des professionnels. Tout à la fois cause et conséquence de ce malaise, ils témoignaient de la perception d'un écart entre les pratiques réelles et les pratiques souhaitées, par exemple concernant leur pratique du *care*. En accord avec la littérature, les difficultés identifiées étaient variées et notamment « *sur le plan individuel (limites du champ de compétences, réelles ou perçues) interpersonnel (relation difficile, ou encore dynamiques transférentielles), professionnel (articulation formation/pratique) ou organisationnel (conditions de travail).* » (Gonin, Grenier et Lapierre, 2014) (213). Les organisations membres du collectif, à l'instar du système sanitaire et social dans son ensemble, tiennent grâce à l'engagement individuel des professionnels et grâce aux gratifications retirées de la relation privilégiée entre les professionnels et les personnes accompagnées. Cet engagement n'est pas sans risque, puisque les professionnels doivent faire face à la souffrance, ce qui les expose à une certaine vulnérabilité (206). Cependant, des auteurs suggèrent la possibilité que la reconnaissance de la vulnérabilité ouvre la voie de la sollicitude (214) voire de l'empathie (206) et que la co-vulnérabilité soit une condition du lien (215) : « *La reconnaissance d'une vulnérabilité réciproque pourrait alors être garante de la dimension éthique de la relation à l'autre. La vulnérabilité est ainsi du côté de l'interdépendance et de la responsabilité collective* » (206,216). S'il semble difficile de se satisfaire des conditions de travail précaires des professionnels de la santé et du social, il convient cependant de se demander comment les aider à repenser la vulnérabilité d'autrui et à accepter leur propre vulnérabilité car « *l'existence humaine est marquée par des dimensions relationnelles et affectives et [que] l'interdépendance et la vulnérabilité ne caractérisent pas seulement certaines personnes, mais tous les êtres humains* » (Gonin, Grenier, Lapierre) (213). La communauté de pratique a joué un rôle dans

l'identification par les référents de leurs propres vulnérabilités, dont leurs difficultés personnelles et celles liées à leurs environnements ou leurs organisations. Les accompagnants se sont ainsi rendu compte que la vulnérabilité est générée par une situation donnée. Cette prise de conscience a eu pour intérêt de recentrer l'accompagnement sur la situation de la personne. C'est sur la situation qu'il est possible et nécessaire d'agir, non pas sur la personne accompagnée (217). Ce changement de vision de la vulnérabilité et du rapport de dépendance pourrait être un levier pour aider à transformer les pratiques et leur redonner du sens. Nous retrouvons là encore l'approche par le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités qui enseigne que « *co-construire avec les personnes, cela implique de ne plus penser que sa compétence professionnelle dépend de sa propre et unique capacité à résoudre les problèmes des personnes accompagnées* » (Jouffray, 2018) (19). Nous allons cependant plus loin en proposant de penser la reconnaissance d'une vulnérabilité réciproque comme un moyen de garantir la juste posture relationnelle de l'AAS. Cette posture de lâcher-prise (19) va aider l'accompagnant à sortir de sa posture d'expert : « *Face aux personnes accompagnées, il est important que le travailleur social montre sa propre impuissance : c'est paradoxalement la garantie de son efficacité et ce qui va permettre de l'ouverture par la mise en mouvement* » (Jouffray, 2018) (19). Ainsi, le pouvoir n'est pas un pouvoir de domination de l'homme sur l'homme (un pouvoir sur autrui) mais renvoie à une dimension de partage que Hannah Arendt appelle l'« être-ensemble » (Arendt, 1983) et qui correspond à une possibilité concrète et réelle d'agir (19,218).

Il convient cependant de rester vigilant à ne pas laisser reposer la participation des personnes accompagnées uniquement sur des facteurs individuels, qu'ils soient propres aux personnes accompagnées ou professionnels. La mise en place d'un partenariat entre la personne accompagnée et l'accompagnant nécessite les facteurs structurels adéquats (219). Il ne peut être réduit à une dimension relationnelle sans risquer une sur-responsabilisation de ceux-ci (219).

V.3.3 Repérer les conditions de son empowerment : un moyen d'aider les autres à y parvenir ?

Le cadre évaluatif des projets d'AAS au sein de la CP a eu une place centrale dans le processus de conscientisation des participants au projet qui ont compris l'importance des conditions externes dans le développement de l'*empowerment* individuel. Pour le dire autrement, ils se sont approprié l'idée que celui-ci dépend de ses ingrédients actifs (*empowerment* collectif et organisationnel et environnement capacitant). Ce qui les a conduits

à vouloir expérimenter leur mise en place au sein de leur organisation. Cette compréhension des ingrédients actifs de l'*empowerment* semble constituer un atout dans leur intention d'aider les personnes accompagnées à développer leur autonomie puisqu'elle accorde une place prépondérante aux causes contextuelles et sociétales des difficultés rencontrées par la personne accompagnée. Comme cela a pu être mis en avant pour l'expérimentation de la santé communautaire pour des étudiants en santé (220), l'expérimentation de son *empowerment* par l'accompagnant lui permet une compréhension des inégalités sociales et de déterminants de la santé autres qu'individuels. L'accompagnant est plus à même d'introduire une démarche d'action conscientisante pour que la personne accompagnée suive le même processus, notamment en mettant en place les conditions nécessaires pour que celle-ci puisse apprendre de ses expériences et identifier ce qu'elle peut transposer à d'autres contextes ; mais aussi pour qu'elle identifie les causes structurelles et sociétales de ses difficultés pour l'aider à sortir de la pression individuelle sur laquelle les anciennes pratiques d'accompagnement pouvaient reposer. L'accompagnement ne se centre plus sur l'individu et ses difficultés. Il sort de la surresponsabilisation de l'individu et propose des pistes de réflexion et d'action sur les dimensions sociales conditionnant la résolution des difficultés rencontrées. Enfin, si l'*empowerment* des accompagnants semble une piste prometteuse pour repenser les pratiques d'accompagnement, une vigilance particulière est requise pour ne pas perdre de vue le cap fixé. En effet, si l'*empowerment* des personnes accompagnées peut s'entendre sans celui des professionnels, la réciproque est impossible, au risque sinon de générer un signifiant vide de bien.

Au vu des résultats de cette étude, nous soulevons quelques points de vigilance. Le premier est de penser l'intégration des personnes accompagnées au sein des structures de santé pour que la « perspective patient » y soit intégrée et les savoirs expérientiels reconnus. Cela devrait aider les professionnels à sortir de leurs représentations et surtout de leur posture d'expertise. Au risque sinon de voir se creuser les rapports de domination et que l'*empowerment* des uns se fasse au détriment des autres. S'il n'est pas possible d'intégrer directement les personnes accompagnées, une première étape pourrait être d'intégrer leurs représentants. Ils disposent de savoirs dits situés qui consistent à « *partir des expériences collectives, [à] les croiser avec les bonnes pratiques, revisiter les normes avec un regard critique, [ce qui] permet de se forger un point de vue collectif, soit une forme d'épistémè collective* » (Gross et Gagnayre, 2017) (207). Ils sont légitimes pour être les porte-paroles de leur communauté (207) et permettent de réinterroger les savoirs dominants (professionnels ou scientifiques) et de

contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accompagnement et des relations accompagnant.es / accompagné.es. La limite de l'unique implication de ces représentants pourrait être l'unique reconnaissance des savoirs situés. Or il a été mis en évidence par Olivia Gross et Rémi Gagnayre (2017), cinq types de savoirs issus de la perspective patient. Les savoirs expérientiels implicites consistent en des savoirs d'auto-adaptation par l'identification de ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas pour lui par un individu. Les savoirs expérientiels explicites correspondent à la capacité d'exprimer leurs savoirs par les personnes et visent l'hétéro-adaptation, c'est-à-dire la capacité à influencer autrui. Les savoirs situés sont construits collectivement par des échanges entre personnes malades. Les personnes malades croisent leurs savoirs d'expérience leur permettant de concevoir des savoirs collectifs qui ont une visée d'action collective et d'amélioration des pratiques de santé. Les savoirs savants eux, correspondent à des connaissances générales sur la maladie ou le système de santé. Ils peuvent conduire à des savoirs experts (207). Il a aussi été montré l'importance de tous ces types de savoirs dans la formation des professionnels de santé (207). Les savoirs situés ont été identifiés comme ceux à recruter pour contribuer à l'amélioration de la relation de soins ou de la qualité des soins par l'apport de la perspective patient. Les savoirs experts et savants sont utilisés pour construire l'ingénierie pédagogique des formations. Les savoirs expérientiels implicites et explicites ont été identifiés pour entraîner les professionnels aux entretiens cliniques pour les premiers et pour témoigner auprès des professionnels de l'expérience de vie avec la maladie pour les seconds. Ces deux types de savoirs semblent importants car ils correspondent aux patients rencontrés lors des accompagnements. Sensibiliser et former les professionnels à les reconnaître semble primordial. Cela nous semble d'autant plus vrai que les savoirs expérientiels implicites nécessitent la mise en place d'espaces éducatifs (207). Ainsi l'implication des personnes accompagnées nous semble importante et complémentaire de celle de leurs représentants. En effet, les savoirs expérientiels sont nécessaires à la compréhension de l'expérience de l'autre. Cette compréhension de l'expérience d'autrui peut conduire à mieux comprendre la façon dont il raisonne et interprète la réalité (221). De plus, le lien entre le savoir et le pouvoir est fort (Foucault, 1993) (222). Dans le cadre de l'« être ensemble », il est primordial que l'ensemble des savoirs soient reconnus pour permettre une égalité de pouvoir, d'où l'intérêt et l'importance d'impliquer les personnes accompagnées directement dans ce type de démarche.

Un autre point de vigilance concerne la distinction entre *empowerment* et autonomie. Pour rappel, si l'*empowerment* et l'autonomie sont des concepts étroitement liés, ils ne sont pas superposables. L'*empowerment* ne peut se traduire par le concept d'autonomie. Ce sont deux

concepts complémentaires. Dans ce contexte, il semble difficile de ne pas indiquer que si la communauté de pratique ACESO a permis de transformer les pratiques pour développer le pouvoir d'agir des professionnels et, a priori, celui des personnes accompagnées, il n'a pas explicitement développé le concept d'autonomie dans toutes ses dimensions (pratiques, fonctionnelles et décisionnelles) alors qu'il s'agit pourtant de la finalité de l'AAS. C'est une première étape de transformation de l'environnement pour redonner du pouvoir d'agir aux personnes accompagnées. Le travail de réflexivité gagnerait à être prolongé : pour ancrer les transformations dans la durée, pour qu'elles soient diffusées à toutes les organisations partenaires, pour qu'elles aient des conséquences directes sur l'*empowerment* des personnes accompagnées.

La CP reste néanmoins un espace utile de production collective de connaissance et de remise en question des connaissances et pratiques existantes pour en élaborer de nouvelles. Ce qui demande la mise en place d'une méthode éducative adaptée de la part de la structure d'appui.

V.4 L'accompagnement au changement : une nouvelle mission des structures d'appui

Les résultats ont montré qu'une communauté de pratique inter-organisationnelle, appuyée par une structure d'appui tiers, permet de développer la réflexivité de ses membres et de favoriser des pratiques plus collaboratives, notamment sur le plan intersectoriel. Cela a aidé des acteurs du social, du sanitaire et du médico-social (parmi lesquels des associations de malades) à mieux se coordonner et à organiser le changement en fonction des besoins ressentis par ses membres. Ont été fédérés des acteurs divers autour d'un même projet et d'un même objectif d'amélioration des pratiques, ce qui a permis la rencontre d'acteurs qui n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble ni d'échanger. L'environnement qui leur a été proposé leur a permis de mieux communiquer (comprendre ce que chacun fait, comprendre le vocabulaire des différents champs de pratique) et de mettre en commun leurs savoirs et savoir-faire.

On plaide largement à l'heure actuelle, y compris en santé, pour des organisations agiles car l'agilité est un levier managérial identifié comme adéquat pour gérer l'incertitude (223). Mais la résistance au changement est forte en général et dans ce domaine en particulier (14,224). Cette résistance n'est pas pour rien dans les faiblesses du système de santé. Dans ce contexte, il s'impose de savoir guider le changement. Pour tenter de parvenir à une meilleure coordination, la loi de modernisation de notre système de santé prévoyait de renforcer la place des fonctions d'appui à la coordination de santé. Dans ce contexte émergent de nombreuses structures d'appui dont l'objectif est de soutenir les pratiques et les projets des acteurs de terrain et d'améliorer les parcours de soin en aidant les différents acteurs du sanitaire, du social, du médico-social à se coordonner. Pour cela, elles ont notamment 3 missions : une mission d'information et d'orientation vers les ressources du territoire (sanitaires, sociales et médico-sociales) ; une mission d'appui à l'organisation des parcours complexes, notamment pour aider les acteurs de terrain à mieux se coordonner (aider les acteurs de terrain à organiser le travail pluridisciplinaire) et une mission de soutien aux pratiques et aux initiatives des acteurs de terrain qui visent l'amélioration de la prise en soin. Il nous semble que les structures d'appui, quelle que soit leur nature, devraient jouer le rôle de tiers pour aider les professionnels à construire des projets communs, à se connaître et à améliorer leurs pratiques pour les rendre plus collaboratives. Malheureusement, leur intervention se limite souvent à la coordination strictement clinique/sociale ou médico-sociale (225). Afin de ne pas se limiter à ce type de coordination restreinte mais d'aller vers une coordination transversale, il est nécessaire d'aider

au dépassement des frontières professionnelles et organisationnelles. Comme les résultats de cette étude l'ont montré, le changement est possible, sous réserve d'accompagnement et en particulier en soutenant la création de communautés de pratique inter-organisationnelles. Ce type de CP présente l'intérêt de mettre ses membres en situation d'échanger et d'apprendre les uns des autres. C'est sous l'influence des interactions qu'il est possible de faire changer les représentations (221). Comme mentionné dans l'approche par le développement du pouvoir d'agir des individus et des communautés, c'est la création d'espaces « de créativité entre acteurs » qui permet la confrontation et l'argumentation des points de vue qui peu à peu conduisent à la construction d'un objectif commun (Étienne, 2018) (19).

Dans le cadre du projet ACESO, ont été identifiés huit jalons susceptibles de guider de futures communautés de cet ordre : 1) créer un climat bienveillant de partage et de confiance ; 2) identifier les valeurs portées par la CP ; 3) développer la réflexivité des participants ; 4) favoriser un déplacement identitaire par rapport aux pratiques existantes ; 5) favoriser de nouveaux apprentissages par l'expérimentation ; 6) faire des référents des acteurs du changement dans leur organisation (les rendre tiers tercésateurs) ; 7) impliquer la direction des organisations et 8) aider l'organisation à devenir apprenante. Cependant la profondeur du changement n'était pas identique pour toutes les organisations partenaires. Elle dépendait notamment de la capacité de l'organisation à s'appropriier et à mettre en place ces jalons. Cette capacité d'appropriation étant elle-même liée à des caractéristiques organisationnelles telles que sa taille ou l'implication de la direction dans le changement.

Ce type de CP fait se rencontrer des acteurs de secteurs et de disciplines différents. Les résultats de l'étude montrent que l'hétérogénéité du collectif a été un élément central du processus d'apprentissage. L'hétérogénéité a pour intérêt d'éviter le « *penser-groupe* », principal obstacle à la réflexion critique selon Irving Janis (1983), mode de pensée dans lequel les individus, parce qu'ils sont tellement attachés au groupe, éprouvent un désir d'unanimité qui exclut toute possibilité de lignes de conduites alternatives (172,183). Parmi les conditions qui génèrent un « *penser-groupe* », se dégage l'homogénéité du groupe qui conduit à un mode de pensée qui favorise le consensus plutôt que la réflexion individuelle. En revanche, plus l'hétérogénéité du groupe est grande, plus grande est la variété des points de vue, ce qui augmente la probabilité que la co-construction de sens soit considérée comme pertinente par les différents membres du groupe (221,226).

La CP opère comme un espace d'apprentissage qui permet à ses membres de développer leur réflexivité et de se lancer dans une démarche d'apprentissage transformationnel développant leur *empowerment*. L'étude réalisée a montré qu'en examinant et analysant leurs expériences, les référents identifient leurs valeurs, décident d'en privilégier certaines et réfléchissent à leurs croyances, motivations et schémas de pensée. Grâce au développement de cette pensée critique, ils s'engagent dans un processus d'apprentissage transformationnel pour essayer de se transformer. Mais ce qui est intéressant à souligner, c'est que dans le cas d'une CP réunie autour des enjeux d'*empowerment*, ses membres sont allés au-delà : la CP leur a permis de prendre conscience des structures de pouvoir, des normes sociales et des systèmes qui influencent leurs actions et leurs pensées mais aussi de ceux qui contraignent les personnes accompagnées. Ce qui les a conduits à s'engager dans un processus de transformation plus profond.

V.4.1 La communauté de pratique comme moyen d'aider les organisations à devenir apprenantes ?

La CP a eu pour intérêt d'aider les organisations à devenir apprenantes en développant le partage de connaissances et la réflexion sur et dans l'action de ses membres. Elle offrait un espace d'apprentissage collaboratif et de partage de connaissances qui permettait à une organisation de s'ouvrir à de nouvelles perspectives, de remettre en question ses pratiques et de bénéficier de l'expérience des autres. Au vu des effets de la CP inter-organisationnelle que nous avons observés, celle-ci semble être un espace idoine pour amorcer le changement, décroiser les secteurs sanitaire, social et médico-social et permettre à ces acteurs d'acquérir de nouveaux types de compétences. Si les CP ont été identifiées comme des espaces propices pour conduire le changement, elles nécessitent que soient mises en place les conditions et les méthodes adéquates pour y parvenir. Comme l'ont décrit Virginie Xhaufclair et François Pichault (2012), le processus de problématisation joue un rôle central dans le déplacement des routines organisationnelles (134). Il rend possible l'identification de difficultés et de problèmes communs. Ceux-ci ont pour intérêt de permettre aux membres de la CP d'appuyer le processus d'apprentissage transformationnel par la reconnaissance d'une insatisfaction partagée. La CP joue un rôle, par le travail d'enrôlement et de désenrôlement, dans l'émergence de nouvelles idées, de nouveaux rôles, de nouvelles relations et de nouvelles manières d'agir. Ce sont ces idées qu'il est possible d'expérimenter par les membres de la CP au sein des organisations. Ce processus a appuyé la démarche d'apprentissage transformationnel individuel. Nous avons pu

identifier que la CP jouait un rôle pour aider les référents dans la mise en place des 4 premières phases de l'apprentissage transformationnel tel que décrit par Jack Mezirow (1991) : « 1) un dilemme perturbateur, 2) un examen de conscience accompagné de sentiment de culpabilité et de honte, 3) l'évaluation critique des présomptions d'ordre épistémique, socio-culturel ou psychique, 4) la reconnaissance que l'insatisfaction éprouvée et le processus de transformation sont partagés et que d'autres ont négocié un changement identique. » (183). Si l'organisation encourageait cette démarche d'expérimentation, elle facilitait l'exploration de nouvelles relations, de nouveaux rôles et de nouveaux points de vue. Elle appuyait ainsi le processus d'apprentissage transformationnel dans ses 5^{ème}, 6^{ème}, 7^{ème} et 8^{ème} phases : « 5) l'exploration des possibilités de nouveaux rôles, de nouvelles relations et de nouvelles manières d'agir, 6) l'élaboration d'une ligne de conduite, 7) l'acquisition du savoir et des habilités nécessaires pour mettre en œuvre ses projets, 8) les essais provisoires des nouveaux rôles » (183). Pour les organisations qui ont cherché à diffuser la dynamique d'expérimentation à leurs équipes, cela a promu une démarche d'innovation et d'apprentissage collectif et organisationnel. S'appuyer ainsi sur une culture d'apprentissage forte en interne est le signe d'une organisation apprenante.

Certaines organisations apprenantes, en encourageant la remise en question de leurs modèles, de leurs hypothèses et de leurs croyances, vont favoriser une pensée critique et créative en leur sein. Pour résoudre un problème ou un écart entre une situation réelle et une situation attendue, les organisations doivent adapter leurs actions et leurs comportements. Pour y parvenir, elles ne vont pas s'arrêter à une modification de leurs modes opératoires en adaptant des méthodes d'action connue (apprentissage en simple boucle). Elles vont se lancer dans un travail collectif de réflexion sur les méthodes et les modèles organisationnels pour trouver de nouvelles solutions plus adaptées. C'est la modification de leurs modèles ou cadres de référence qui va renouveler les actions et les comportements. Elles mettent alors en place des apprentissages en double boucle en identifiant des problèmes récurrents, en réfléchissant sur les croyances et les valeurs qui ont conduit aux problèmes, en expérimentant de nouvelles approches, en évaluant ces expérimentations et en se réajustant si nécessaire (figure 6). Ce qui renvoie à l'un des indicateurs de l'*empowerment* organisationnel du cadre évaluatif national et renforce l'idée que l'*empowerment*, même organisationnel, est bien un processus d'apprentissage.

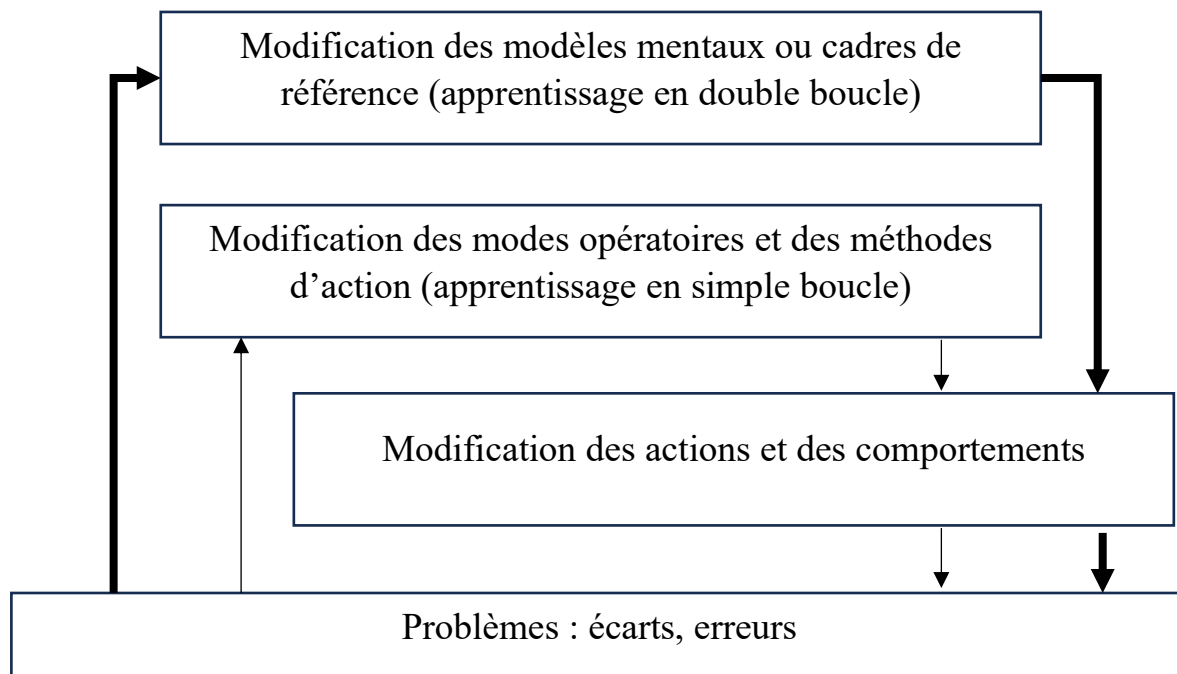


Figure 6 : Apprentissage en simple et double boucle d'après Chris Argyris (1977)

Certaines organisations sont susceptibles d'aller moins loin dans le processus si les conditions de remise en question des pratiques de l'organisation ne sont pas réunies. Elles peuvent opérer des apprentissages en simple boucle. Ces derniers favorisent le développement de nouvelles compétences ou connaissances en suivant des instructions ou des idées (celle des groupes d'analyse de pratique par exemple) et des ajustements en conséquence. Mais l'organisation n'entre pas dans un processus réflexif, restant dans une démarche de développement de compétences techniques. Cependant, cela reste une première étape de travail appréciable dans la mise en place du changement. Dans tous les cas, il s'agit d'un processus itératif d'essais et d'erreurs pour améliorer les pratiques de l'organisation.

V.4.2 Nouvelle mission de la structure d'appui

Cette étude n'est pas la première à sortir la tertiérisation des sciences de la gestion pour montrer son intérêt dans le champ de la formation des adultes et dans la mise en place du changement organisationnel (227). Le tiers tertiérisateur joue un rôle de formateur dans le processus d'apprentissage transformationnel des accompagnants. Il convient alors de questionner sa posture de formateur. Cela semble d'autant plus important que les valeurs ont été identifiées comme au cœur des préoccupations des accompagnants et au centre de l'apprentissage transformationnel. L'expérience de formation s'adosse aux valeurs. Évacuer la

question des valeurs reviendrait à choisir de perpétuer le « statu quo » des valeurs qui sont admises sans avoir été examinées (172). Or, comme les membres de la communauté de pratique, le tiers tercésateur ne peut pas faire abstraction de ses propres valeurs. Ce qui convoque un point de vigilance quant à l'influence possible du tiers tercésateur sur ses membres. La question devient : comment avoir la juste posture pour former sans être dans l'endoctrinement, dans le contrôle d'autrui ? Face à cette déviation possible, il apparaît important de pointer la dimension des valeurs et plus particulièrement des valeurs émancipatrices au sein du processus de tercésation. Une autre question se pose : est-ce que le tiers tercésateur devrait travailler avec des acteurs qui partagent les mêmes valeurs que lui ? Pour Jack Mezirow, le formateur doit être « un provocateur capable d'empathie et un modèle, un co-apprenant qui exerce sa fonction de réflexivité » (172). Le tiers tercésateur, dans son rôle de formateur, ne peut en effet mettre de côté sa fonction modélisante. Il doit porter les valeurs des apprenants et montrer l'exemple. À ce titre, dans la communauté de pratique ACESO, le rôle modélisant du tiers tercésateur s'est actualisé autour de la participation des personnes concernées par la maladie et de leur perspective dans la vie du Pôle ETP. Son équipe est composée de trois personnes concernées par la maladie qui participaient à la coordination de tous les projets dont le projet ACESO. Ainsi, il a pu montrer aux membres de la CP que l'implication des personnes concernées dans les équipes et dans le changement organisationnel était possible et souhaitable.

Le rôle du tiers tercésateur ne peut être réduit à sa posture modélisante. Ce raccourci pourrait laisser penser que le tiers tercésateur se positionne au-dessus du collectif car détenteur du savoir et des valeurs qui importent. Cela reviendrait à une vision descendante des apprentissages des savoirs, où la science serait en amont de l'intervention et non en construction pendant qu'elle se déroule. Les membres de la communauté seraient alors réduits à des « consommateurs scientifiques ». Or il a été montré que les acteurs procèdent par essais-erreurs, leurs pratiques « *échappant totalement à l'activité scientifique* » (160,171,181). De plus, une approche descendante ne peut alors pas être à l'origine d'une démarche d'apprentissage transformationnel. Elle va à l'encontre même de la fonction de tercésation et du processus d'apprentissage transformationnel qui vise à mener les acteurs à développer une réflexivité par rapport à leurs expériences. Elle empêche la démarche d'enrôlement et de désenrôlement des participants au projet et serait destructrice de leur intelligence et non émancipatrice en consolidant les rapports de pouvoir entre sachant et apprenant (180). Au contraire, la fonction modélisante doit être mise en lien avec le rôle de « *provocateur capable d'empathie* » et de

« *co-apprenance* », soit de savoir collectivement construit. L'apprentissage transformationnel vise avant tout à aider les acteurs à « *parvenir à un meilleur développement de soi, à instaurer une relation plus profonde avec autrui et à constituer un lien plus sensible et attentif avec le monde* » (228).

Dans ce contexte, comment se positionne le tiers tercésateur par rapport à son savoir et sa place de « co-apprenant » ? Dans notre recherche, nous avons retrouvé les mêmes éléments que dans la littérature. Le tiers tercésateur est un « expert du processus » et non pas un « expert du contenu » (134). Le tiers comme « praticien réflexif » (161,162,229) a pour rôle de faire émerger les compétences chez les acteurs, de les « capabiliser » (230) ». C'est « *un agent de réflexivité et un accélérateur d'apprentissages collectifs* » (159,231). De même, nous retrouvons l'importance des compétences méthodologiques du tiers. Ces dernières semblent indiscutables, qu'elles soient de coopération sociale ou de formation (19,134,183). Le tiers tercésateur aide les participants au projet à analyser leur expérience (difficultés rencontrées) et à identifier des pistes d'amélioration. Cependant, sa non-expertise du sujet, nous semble un point de discussion, car le tiers tercésateur, comme tout formateur, a une expertise du sujet qui justifie sa place dans le collectif. A nouveau, ce qui se joue se situe au niveau de sa posture de formateur et de son rapport aux savoirs. Sa posture ne peut être que celle du « maître ignorant » (232). Pour ce dernier, ce qui vaut n'est pas la reconnaissance du principe d'égalité mais sa mise en pratique (180). Si le tiers tercésateur se positionne uniquement comme expert sachant, dans le meilleur des cas son savoir vient s'ajouter aux connaissances antérieures des participants au projet et dans le pire, il véhicule une segmentation du monde entre sachants et non sachants. Il vient confirmer une « *incapacité en voulant réduire la distance au non-savoir* ». S'il se positionne comme ayant une expérience du sujet souhaitant s'engager dans une démarche se basant sur le partage et la réciprocité, il se positionne comme formateur et comme émancipateur. En effet, il encourage le dévoilement d'« *une capacité qu'on ignore ou qu'on nie avoir* » (180). Pour citer Freire : « *personne ne se (trans)forme seul, personne ne (trans)forme autrui, c'est ensemble qu'on se (trans)forme* » (182). Nous retrouvons ainsi, le rôle du formateur de l'apprentissage transformationnel (183) qui crée l'espace de dialogue dans lequel il apporte des perspectives alternatives aux acteurs et questionne les croyances et les pratiques qui doivent être remises en question. Il nous semble alors nécessaire qu'il ait une expérience du sujet (voire une expertise), mais c'est son positionnement, sa capacité à rester réflexif vis-à-vis de celle-ci et de ses propres transformations, qui justifient la pertinence de sa posture de formateur.

La structure d'appui joue donc un rôle de formateur dans et par l'action auprès des membres d'une communauté. Cet aspect pédagogique de la structure d'appui semble être une nouvelle condition à prendre en compte pour appuyer la mise en place du changement. Il est important de rappeler que les effets vont au-delà des simples membres de la CP puisqu'ils se diffusent au sein des organisations partenaires par effet de halo.

V.5 L'intégration des effets de halo dans l'impact des actions de santé publique

Les évaluations des interventions en santé publique sont traditionnellement portées à mesurer les effets auprès des bénéficiaires à l'aune d'indicateurs d'efficacité ou de performance. Plus rares sont celles qui s'intéressent à croiser les analyses processus-effets. Celle d'ACESO contribue à en montrer l'intérêt et elle s'est aussi attachée à interroger le lien processus-effets-contextes. Quitte à encore complexifier la question de recherche, l'étude réalisée montre que les effets ne s'arrêtent pas à la population cible mais que, par effet de halo, ils diffusent au-delà. Cette contribution à une preuve de concept invite à désormais intégrer ces derniers effets dans les évaluations d'efficacité.

Dans le cadre d'ACESO, ces effets ont porté sur l'*empowerment* collectif et organisationnel au sein des organisations partenaires et sur l'environnement. Les effets de halo reposaient sur les membres de la CP (référents et membres de l'organisation participant au projet). La diffusion des nouvelles pratiques et des nouvelles connaissances sur l'AAS est un enjeu de taille puisque comme toute innovation, son succès d'implémentation ne résulte pas de ses propres caractéristiques mais du réseau constitué autour d'elle (233). Le processus de diffusion n'est pas linéaire. Il correspond à un ensemble complexe d'interactions entre acteurs hétérogènes qui reposent principalement sur une succession de traductions entre différentes logiques (politiques, économiques, organisationnelles, sociales, techniques, etc.) (234). Ces traductions sont réalisées par le biais d'un porte-parole. Dans notre recherche, c'était les référents du projet qui ont endossé ce rôle. Ils avaient pour spécificité d'être en capacité de traduire les intérêts de la CP dans leur organisation et inversement. Ils étaient les relais de l'organisation dans la CP mais ils avaient la possibilité d'intégrer de nouvelles personnes de leur organisation dans la CP pour favoriser la diffusion des connaissances. Cette transmission s'est faite par un double effet de halo : celui d'expérimentation et celui axé sur le leadership.

Les effets de halo d'expérimentation renvoyaient aux apprentissages et compétences des membres de la CP (référents) qui sont en lien avec les domaines de la technique et de la pratique. Ils renvoyaient à des apprentissages d'ordre instrumental (dont l'objectif est de maîtriser l'environnement) et communicationnel (dont l'objectif est de comprendre autrui) décrits par Jürgen Habermas (1971) (172,235). Il s'agissait de compétences telles que l'écoute active ou la coopération. Ces compétences pouvaient être décrites ou directement observables par les équipes. L'équipe pouvait ensuite s'en inspirer pour modifier ses pratiques et ses manières de faire. Ces effets de halo étaient indispensables car ils permettaient aux équipes de voir d'autres façons de faire. Ils proposaient des solutions correctives et une adaptation des modes opératoires pour résoudre un problème rencontré. Ces adaptations correspondent à une réponse « en simple boucle » de la part de l'organisation. Aucune modification des logiques organisationnelles sous-jacente, ni aucun changement du cadre de référence n'a lieu.

Les effets de halo liés au leadership transformationnel sont pour leur part en lien avec la capacité à prendre du recul, à réfléchir dans l'action et à avoir recours au dialogue (147). Ils sont en lien avec un troisième domaine générateur de savoir : l'émancipation. Ils renvoyaient à l'apprentissage à la réflexion critique (Habermas, 1971) (183,235). Ils étaient plus personnels et ne pouvaient pas être observables ou décrits. Ils reposaient sur l'expérimentation du processus d'apprentissage transformationnel (147). La fonction de tercésation, en s'appuyant sur les 7 dimensions de la tercésation telles que nous les proposons, les a aidés dans la mise en place des conditions nécessaires aux apprentissages transformationnels au sein de leur organisation. En parallèle, les référents ont donc développé leur leadership transformationnel. Pour y parvenir, il était indispensable que l'organisation soutienne le référent devenu tercésateur et reconnaisse ses compétences de leadership pour qu'il puisse diffuser ces nouvelles connaissances et manières de faire. Le leadership transformationnel nous est apparu comme une condition essentielle du développement de nouvelles connaissances au sein des organisations partenaires. La réflexivité des équipes conduit à une remise en cause des anciens cadres de référence et à la mise en place de nouveaux schémas d'interprétation. Cela a été le cas pour les organisations ayant repensé la logique organisationnelle pour la centrer autour de l'AAS et intégrer les personnes accompagnées dans leur activité. C'est un apprentissage « en double boucle » qui est réalisé.

Au vu des missions des référents dans la CP, il est nécessaire que ceux-ci aient pleinement conscience de leur rôle dans la diffusion de la connaissance au sein de leur organisation. Afin que cette tâche ne soit pas trop difficile à porter, il est nécessaire de leur

apporter le soutien dont ils ont besoin pour développer leur leadership transformationnel. Ce soutien est d'autant plus important quand le référent est le seul représentant de son organisation au sein de la communauté de pratique. Les actions de soutien impliquaient d'aider à faire du lien entre la CP et l'organisation, notamment en impliquant la direction des organisations de manière régulière. Il pouvait aussi s'agir d'aller rencontrer les membres de la direction pour les convaincre de l'importance du dispositif et de la mise en place des conditions nécessaires au développement de la réflexivité au sein des organisations. Une autre action de soutien était de fournir les outils et ressources pour communiquer sur le projet et initier la démarche de réflexion autour des pratiques.

Ces effets de halo sont difficilement quantifiables ou mesurables pourtant il convient d'arriver à les mesurer et les valoriser car ils représentent un véritable enjeu de par l'amplitude de leur diffusion. Ils ne s'adressent pas à une unique personne mais peuvent s'adresser à l'ensemble d'une équipe. Ils participent à l'amélioration des pratiques vers plus de coopération et à favoriser le changement organisationnel. L'utilisation de l'apprentissage transformationnel dans les secteurs du sanitaire, du social et du médico-social semble d'autant plus pertinente que ces secteurs sont en crise et que l'une des raisons identifiées est une perte de sens au travail importante. Une démarche analogue pourrait être mise en place pour d'autres pratiques (accompagnement à la fin de vie, accompagnement de jeunes enfants par l'aide sociale à l'enfance, etc) pour aider les acteurs à retrouver du sens dans leur pratique. Un point de vigilance est de penser aux deux types de halo car le halo expérimental seul n'aidera pas au développement de la réflexivité des acteurs. Il aura un effet sur les pratiques mais ne permettra pas la prise de conscience nécessaire au changement de paradigme des accompagnants et de leur organisation. Les cadres de référence ne seront pas remis en question. L'apprentissage restera en simple boucle. De même, ils ne pourront pas remplacer l'implication et la participation des personnes accompagnées ou de leurs représentants dans la démarche de réflexivité des organisations sur leurs pratiques.

V.6 Perspectives

V.6.1 Perspectives pratiques

Les pratiques d'AAS sont hétérogènes et toutes ne visent pas le développement du pouvoir d'agir des personnes. Le cadre de l'évaluation nationale des projet d'AAS a permis d'identifier des critères de bonnes pratiques (57). Mais la mise en œuvre de pratiques d'AAS visant le développement du pouvoir d'agir ont besoin d'être encouragées, guidées et évaluées. Notre recherche propose une catégorisation du niveau de changement au sein des organisations. Cette catégorisation a permis de proposer une grille de maturité des pratiques d'AAS des organisations et des conditions nécessaires à la gestion du changement. Certains facteurs facilitants et limitants ont pu être identifiés. Notre proposition d'utilisation des ingrédients actifs de l'AAS comme grille de maturité des AAS pourrait être un appui aux organisations pour évaluer leur pratique d'AAS et mesurer l'écart entre leurs pratiques réelles et les pratiques d'AAS favorisant le développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées. Cela pourrait servir d'appui au changement, que ce soit pour l'organisation elle-même ou pour toute structure qui vient appuyer une organisation dans sa démarche de changement.

Le rôle de la structure d'appui a été identifié comme central dans le processus conduisant aux transformations des pratiques et des organisations. La fonction de tercésation semble être une opportunité pour les structures d'appui dans la mise en place des missions d'animation et de transformation dans leur territoire. La fonction de tercésation est une fonction issue du monde de la gestion. Elle commence à être utilisé dans le champ de la santé, cependant cela suppose d'accompagner les acteurs à devenir des tiers tercésateurs. En effet, d'après nos résultats, être tiers tercésateur nécessite de disposer de certaines compétences pédagogiques, méthodologiques et d'animation. Être tiers tercésateur n'est pas une mission innée mais provient d'un processus d'apprentissage (134) que les structures d'appui doivent expérimenter et s'approprier. Il semble nécessaire que les structures d'appui bénéficient d'espaces de formation pour développer les compétences requises. La formation pourrait reposer sur la mise en place d'une communauté de pratique rassemblant des structures d'appui. Celle-ci aurait pour objectif d'aider ses différents membres à l'expérimentation de la fonction de tercésation. En effet, notre recherche a mis en avant qu'il était possible au tercésé de devenir tercésateur par l'expérimentation de la tercésation. Compte-tenu du rôle pédagogique du tiers tercésateur, la place d'un ingénieur pédagogique dans la mise en place de ce type de formation, nous semble importante.

Un autre rôle a été identifié comme important dans la démarche d'accompagnement du changement, celui du chercheur. C'est grâce au processus de recherche que les membres de la CP et les organisations partenaires ont pris conscience des ingrédients actifs nécessaires à l'empowerment individuel. C'est plus particulièrement la participation des membres de la CP à l'analyse des données qui en a été le principal vecteur. La recherche a conduit à co-produire des changements avec les membres de la CP puisque c'est cette reconnaissance des ingrédients actifs de l'empowerment qui les a conduits à les mobiliser dans leurs propres accompagnements. Le chercheur a joué le rôle de traducteur entre les savoirs scientifiques et la CP. En vue de pouvoir transposer l'usage de la fonction de tercésiation dans d'autres domaines de santé que celui de l'AAS, il nous semble important de réfléchir à intégrer, si ce n'est un chercheur, tout du moins un travail de recherche, pour aider les acteurs à conscientiser leurs pratiques et à faire le lien avec les pratiques existantes dans leur domaine.

V.6.2 Perspectives de recherche

La bourse CIFRE été positionnée dans une structure d'appui, la recherche s'est rapidement orientée vers la caractérisation du rôle de cette structure dans le processus d'animation de la CP. Ce choix a été appuyé par le recueil de données au cours duquel les membres de la CP ont éprouvé l'importance de l'animation et du porteur de projet dans le bon déroulement du projet. Cela a conduit à se concentrer sur la fonction de tercésiation au sein de la CP et à laisser certaines questions en suspens. Il s'agirait en particulier de désormais mieux comprendre les mécanismes de diffusion des productions de la CP aux organisations partenaires.

a) Déterminer les effets du projet sur les personnes accompagnées et leur autonomie

De premiers effets ont été rapportés pour certaines personnes accompagnées par les accompagnants lors des temps d'analyse de pratique, mais il reste à montrer si le projet a eu des effets pour les personnes accompagnées de manière générale. La recherche conduite portait sur les membres de la CP, aussi les effets identifiés l'ont été de leur point de vue. Il reste à interroger le point de vue des personnes accompagnées afin de vérifier si le projet a eu un réel impact pour leur autonomie en santé. Un complément d'enquête qualitative auprès des personnes accompagnées permettrait de préciser, dans notre contexte, si la théorie d'intervention a un réel impact pour les personnes accompagnées. Il permettrait aussi, dans un contexte plus large,

d'identifier si les personnes accompagnées sont bien en demande de plus d'autonomie. En effet, comme le met en évidence le travail de Maela Paul (2022), l'accompagnement relève surtout de dimensions relationnelles (posture, relation et démarche) et du cadre institutionnel dans lequel l'accompagnement prend place (36). Ainsi, est-ce vraiment l'autonomie que les personnes accompagnées recherchent ou est-ce de repenser les relations et les postures des professionnels ? Cette clarification des attendus de personnes accompagnées permettrait sans doute d'améliorer notre théorie d'intervention.

b) Evolution de la communauté de pratique et du rôle du porteur de projet

Une communauté de pratique (CP) inter-organisationnelle favorise les relations et les interactions entre différents acteurs de la santé en facilitant les échanges de connaissances et d'expériences. En particulier, le sentiment d'appartenance qui s'y construit conduit à l'établissement de liens au service de pratiques interprofessionnelles, voire le cas échéant, intersectorielles. Le cycle de vie des CP est connu : planifier/découverte des potentialités, lancer/unification, croître/maturité, soutenir, arrêter/transformer (156,236). Or, à la fin de l'expérimentation, certains membres du projet ont souhaité le maintien de la CP et la continuation des temps d'analyse de pratiques dits « bourses de situations ». En outre, la fin de l'expérimentation a suscité une volonté d'ouvrir la CP à d'autres organisations et les organisations partenaires ont invité des membres de leur communauté à les rejoindre. Il serait intéressant de poursuivre l'observation de la CP ACESO. En effet, cette évolution de la CP ACESO laisse prévoir des effets de halo plus large que ceux identifiés pour les organisations partenaires de la CP. Il serait intéressant de pouvoir intégrer ces effets indirects au modèle d'intervention voire de manière plus générale aux évaluations de santé publique de ce type de dynamique collaborative. De plus, cette évolution de la CP semble la tourner vers une logique de réseau dont l'intérêt est de favoriser une co-construction intersectorielle et inter-organisationnelle qui est nécessaire à la coordination (149). Si les CP pilotées ouvrent la possibilité d'évoluer et de devenir des réseaux pérennes favorisant ainsi la coordination transversale et interdisciplinaire, la théorie d'intervention proposée pourrait être une opportunité en santé publique pour favoriser les changements qui peinent à se mettre en place autrement.

c) Caractériser l'apprentissage transformationnel organisationnel

Cette recherche évoque la possibilité pour une organisation de poursuivre le même cheminement que les individus et les collectifs pour que leurs valeurs et leurs pratiques restent en adéquation. L'organisation peut être vue comme l'espace où les individus développent leur empowerment mais aussi où ils mettent en commun leurs capacités et leurs ressources conduisant ainsi au développement d'une compétence organisationnelle. Ce qui renvoie à l'empowerment organisationnel. Comme mis en avant dans le cadre de l'évaluation nationale de l'AAS, l'empowerment organisationnel est bien un processus d'apprentissage. Cette recherche suggérerait que l'apprentissage organisationnel puisse se faire sur un mode transformationnel (figure 7). L'apprentissage transformationnel pourrait alors être une piste d'explication du processus d'apprentissage organisationnel qui aide l'organisation à développer son *empowerment* organisationnel. Une suite possible de ce travail de recherche pourrait être d'essayer de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents de ce type d'intervention en s'intéressant de manière spécifique aux mécanismes d'apprentissage dans les organisations et à l'influence du contexte sur ceux-ci. Pour cela une évaluation réaliste ou une revue réaliste pourrait être mise en place. Cela pourrait produire des connaissances complémentaires permettant d'améliorer les futures interventions s'appuyant - pourquoi pas- sur notre théorie d'intervention.

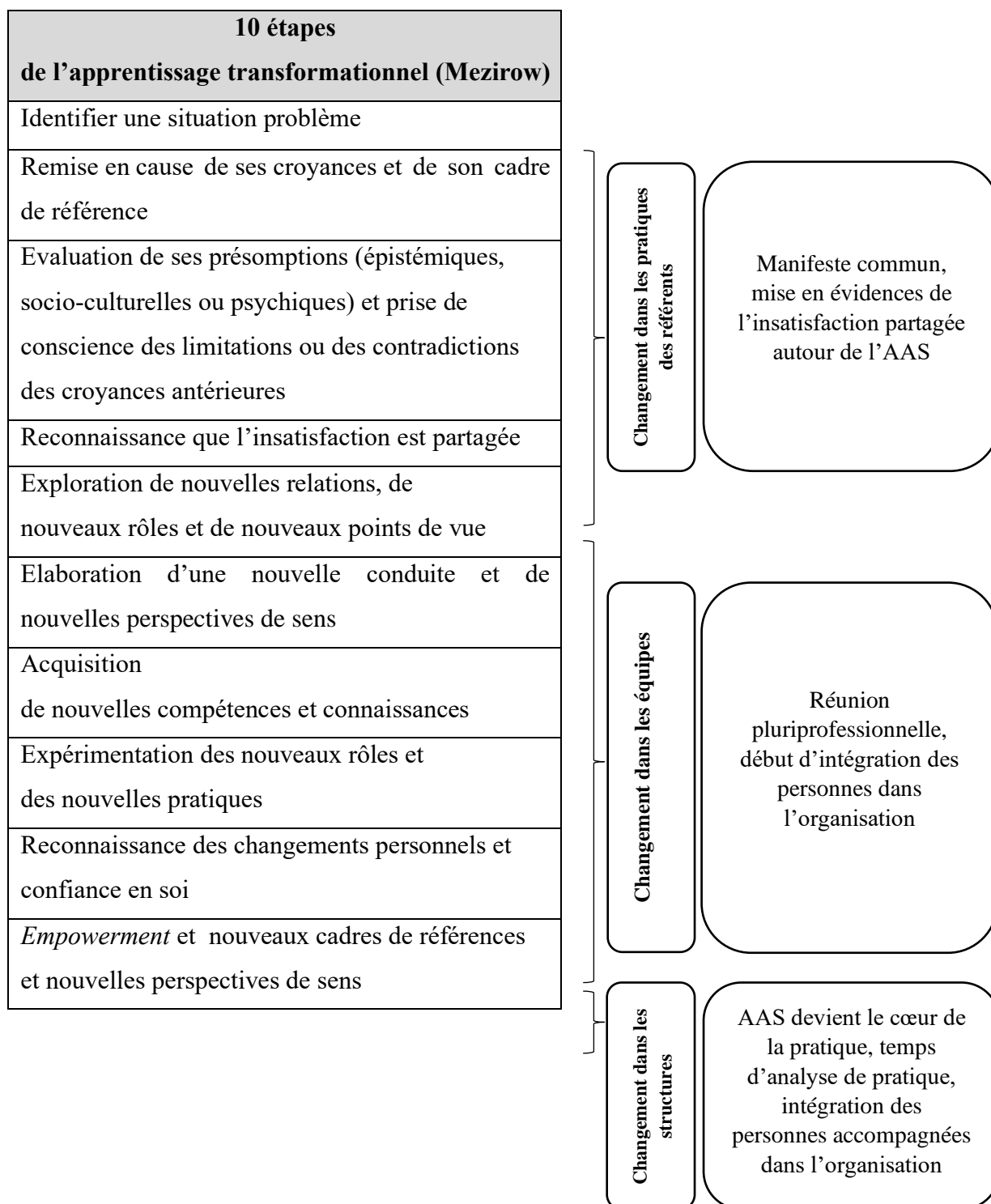


Figure 7: Vers un apprentissage transformationnel organisationnel : lien entre le niveau de changement dans les organisations et l'apprentissage transformationnel

CONCLUSION

L'enjeu de modernisation du système de santé pour mieux répondre aux besoins des personnes accompagnées pousse les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social à transformer leur pratique et à se tourner vers une logique de soin centrée sur la personne. Cependant aucun accompagnement ni aucune ressource matérielle ou humaine ne leur sont fournies pour les y aider. Conduisant à une faible mise en place de ce changement de pratique et de paradigme.

Nos travaux montrent qu'il est possible d'accompagner le changement et que cet accompagnement est d'autant plus prometteur qu'il aide les professionnels à redonner du sens à leur pratique. La communauté de pratique (CP) a été identifiée comme un moyen d'*empowerment* des professionnels au profit de celui des personnes accompagnées.

Un autre point saillant de notre recherche est que ces changements ne se limitent pas aux individus membres de la CP mais conduisent à des changements collectifs et organisationnels. Dans un contexte où le changement organisationnel a du mal à se mettre en place et où les ressources sont limitées, ces effets indirects, par effets de halo, semblent d'autant plus importants à considérer.

Ce travail plaide en faveur de la reconnaissance des compétences d'AAS et de l'importance pour les professionnels de disposer d'espaces de prise de recul et de réflexivité pour sortir de leur routine organisationnelle et de s'engager dans une démarche d'apprentissage. Avec l'obligation de proposer l'accompagnement méthodologique adéquat pour y parvenir. Si plusieurs approches sont envisageables, dont la fonction de tercésation, il n'est pas possible de penser le changement des pratiques sans intégrer les personnes accompagnées. De même, il semble important d'insister sur la dimension collective des apprentissages, renvoyant aux théories d'apprentissage constructivistes et socioconstructivistes et à sa dimension itérative par essai, erreur et ajustement.

Enfin ce travail a été mis en place dans le cadre d'une expérimentation de l'AAS ; on peut se demander s'il ne serait pas opportun d'expérimenter la démarche pour d'autres pratiques répondant aux mêmes enjeux éthiques d'intégration des personnes dans leur prise en soin.

FIGURES ET TABLEAUX

1. Figures

Figure 1 : Logigramme extrait du rapport d'Olivia Gross pour présenter la méthode Delphi au sein de l'expérimentation

(page 48)

Figure 2 : Matrice des dimensions de l'accompagnement à l'autonomie en santé (rapport Accompagnement à l'autonomie en santé) tiré du cadre d'évaluation des projets d'ASS réalisé par Olivia Gross

(page 48)

Figure 3 : Ingrédients actifs de l'empowerment individuel (Gross, Gagnayre, Lombrail, 2018)

(page 49)

Figure 4 : Théorie d'intervention au sein du projet ACESO

(page 129)

Figure 5 : Théorie d'intervention au sein du projet ACESO intégrant le rôle du tiers tercéisateur

(page 175)

Figure 6 : Apprentissage en simple et double boucle d'après Chris Argyris (1977)

(page 213)

Figure 7 : Vers un apprentissage transformationnel organisationnel : lien entre le niveau de changement dans les organisations et l'apprentissage transformationnel

(page 223)

Figure 8: Questions récurrentes identifiées lors des bourses de situations

(page 251)

2. Tableaux

Tableau 1 : La nébuleuse de l'accompagnement (tableau issu des travaux de Maela Paul)

(page 32)

Tableau 2 : Liste des 28 projets sélectionnés au niveau national

(page 46)

Tableau 3 : Caractéristiques des porteurs de projet et des populations cibles

(page 47)

Tableau 4 : Type d'organisations présentes au sein du projet ACESO

(page 51)

Tableau 5 : Nom des organisations présentes au sein du projet ACESO, usagers de celles-ci

(page 52)

Tableau 6 : Ajustement du cadre évaluatif de l'évaluation nationale des programme d'AAS pour qu'il s'adapte au projet ACESO

(page 131 et 132)

Tableau 7 : Caractéristiques des organisations partenaires en fonction du niveau de changement

(page 185 à 188)

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	3
RÉSUMÉ	4
ABSTRACT	6
VALORISATION DE LA RECHERCHE AU COURS DE LA THÈSE	7
1. Publications.....	7
2. Communications orales	7
3. Communication affichée.....	8
4. Communication réalisée dans le cadre du doctorat.....	8
SOMMAIRE	9
ABRÉVIATIONS.....	12
GLOSSAIRE	13
ORGANISATION DE LA THÈSE	17
INTRODUCTION GÉNÉRALE : LE CHANGEMENT DE PRATIQUES NE SE DÉCRÈTE PAS	20
PARTIE I : CONTEXTE GÉNÉRAL ET QUESTION DE RECHERCHE	26
I.1 Des pratiques pour favoriser l'autonomie des personnes malades : l'ETP, l'accompagnement et l'apprentissage	27
I.1.1 L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP).....	28
I.1.2 Les programmes d'apprentissage	28
I.1.3 L'accompagnement.....	29
I.1.4 Leurs limites.....	29
I.1.5 L'accompagnement revisité par la loi de 2016	32
I.2 Changement de paradigme : du paternalisme à l'approche centrée sur la personne, un enjeu d'empowerment	35
I.3 Les communautés de pratique : un environnement favorable aux apprentissages individuels et organisationnels.....	38
I.4 Le porteur de projet tiers.....	40
I.5 Question et objectifs de la recherche.....	42
PARTIE II : FONDEMENT DE LA THÈSE ET CONTEXTE DE RECHERCHE : AAS	45
II.1 AAS : une pratique à définir entre besoin de reconnaissance des professionnels, amélioration des pratiques et reconnaissance de la place des personnes accompagnées	46
II.1.1 Cadre de l'expérimentation nationale des dispositifs d'AAS.....	46
II.1.2 L'empowerment des individus est conditionné à 3 ingrédients actifs	48
II.2 Terrain de la recherche : le projet ACESO	51
II.2.1 Les partenaires	51
II.2.2 Les référents.....	54
II.2.3 Le porteur de projet.....	54
II.2.4 Le portage initial du projet.....	56
II.2.5 Les objectifs du projet ACESO	57

II.2.6	L'auto-évaluation du projet ACESO.....	59
PARTIE III : CADRE DE LA RECHERCHE ET MÉTHODE		60
III.1 Le cadre théorique.....		63
III.1.1	Le constructivisme comme pilier du pôle épistémologique	64
III.1.2	Les apprentissages et l'empowerment au cœur du pôle théorique.....	65
a)	Les théories de l'apprentissage.....	65
b)	Le concept d'empowerment.....	66
c)	La recherche qualitative abductive comme support du pôle morphologique.....	68
d)	La participation et la réflexivité prévalant au pôle technique	71
III.2 Méthode.....		74
III.2.1	Une méthode empruntant à l'ethnographie.....	74
a)	Une recherche située.....	75
III.2.2	Une posture émique	75
III.2.3	Le processus itératif inhérent à une recherche compréhensive	76
III.2.4	La mise en place d'une démarche abductive	77
a)	La sérendipité au cœur de la recherche.....	77
b)	La créativité et son importance dans la construction de la théorie.....	79
III.2.5	Le recueil des données	79
a)	Trois années d'observation participante	80
b)	Triangulations	87
c)	Analyse des données	89
PARTIE IV : RÉSULTATS		91
IV.1 Préambule		92
IV.2 Analyse descriptive du projet		93
IV.2.1	Mise en place du projet ACESO	93
IV.2.2	Caractéristiques des groupes de travail	94
IV.3 Des effets et mécanismes d'apprentissage du projet à la construction de la théorie de l'intervention du projet ACESO		115
IV.3.1	Article 1 : Effets et quelques mécanismes d'apprentissage interne aux acteurs du projet ACESO	116
a)	Synthèse de l'article effets et des quelques mécanismes d'apprentissage interne aux acteurs	126
b)	Éléments complémentaires relatifs aux effets, processus et mécanismes du projet et première formulation d'une théorie de l'intervention	128
IV.3.2	Premiers effets pour les personnes accompagnées.....	135
IV.4 Caractérisation du processus d'animation et des impacts du projet en fonction des organisations.....		147
IV.4.1	Article 2 : Caractérisation du processus d'animation de la structure d'appui.....	148
a)	Apports de l'article sur le processus de tertérisation	174
b)	Éléments complémentaires en lien avec les communautés de pratique ; formulation étendue de la théorie d'intervention	175
IV.4.2	Profondeur du changement selon les organisations partenaires et tentative de compréhension du phénomène	178
PARTIE V : DISCUSSION GÉNÉRALE ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE		193
V.1 Originalité de la recherche et intérêt scientifique		195
V.1.1	Une étude approfondie d'un projet	195

V.1.2	Une recherche alliant mécanismes et effets	195
V.2	Validité, forces et limites de la recherche	196
V.2.1	La validité et la fiabilité des résultats	196
a)	Critère de « crédibilité »	196
b)	Critère de transférabilité	197
c)	Critère de « confirmabilité »	198
V.2.2	Les forces de la recherche	198
a)	Le choix de la méthode compréhensive	198
b)	L'ancrage théorique	199
V.2.3	Les limites de la recherche	201
a)	Limites conjoncturelles	201
b)	Limites méthodologiques	202
V.3	De l'empowerment des professionnels à l'empowerment des personnes accompagnées	202
V.3.1	Prendre conscience de ses pratiques et de ses représentations	203
V.3.2	Prendre conscience de ses propres vulnérabilités pour repenser les rapports de pouvoir	205
V.3.3	Repérer les conditions de son empowerment : un moyen d'aider les autres à y parvenir ?	207
V.4	L'accompagnement au changement : une nouvelle mission des structures d'appui	211
V.4.1	La communauté de pratique comme moyen d'aider les organisations à devenir apprenantes ?	213
V.4.2	Nouvelle mission de la structure d'appui	215
V.5	L'intégration des effets de halo dans l'impact des actions de santé publique	218
V.6	Perspectives	221
V.6.1	Perspectives pratiques	221
V.6.2	Perspectives de recherche	222
a)	Déterminer les effets du projet sur les personnes accompagnées et leur autonomie	222
b)	Evolution de la communauté de pratique et du rôle du porteur de projet	223
c)	Caractériser l'apprentissage transformationnel organisationnel	224
CONCLUSION	226
FIGURES ET TABLEAUX	228
1.	Figures.....	228
2.	Tableaux.....	228
TABLE DES MATIÈRES	230
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	233
ANNEXES	247
1.	Annexe 1 : Extrait du rapport d'auto-évaluation qui renseigne le cadre de l'expérimentation nationale des projets d'AAS.....	247
a)	1er entonnoir (au sein du projet ACESO).....	247
b)	Facteurs facilitant la diffusion du projet ACESO	269
c)	2ème entonnoir (au sein des structures partenaires).....	273
2.	Annexe 2 : exemple de triangulation des données	287

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Wenger E. *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge (État-unis) : Cambridge University Press ; 1999. 340 p.
2. Wenger E, McDermott RA, Snyder W. *Cultivating Communities of Practice: A Guide to Managing Knowledge*. Harvard (État-unis): Harvard Business Press ; 2002. 238 p.
3. Wenger E, Snyder W. *Communities of Practice: The Organizational Frontier*. Harvard Business Review. 2000 ; 78 : 139-145.
4. Lefèvre T, d'Ivernois JF, de Andrade V, Crozet C, Lombrail P, Gagnayre R. What do we mean by multimorbidity ? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2014 ; 62(5) : 305-14.
5. Plan2007-2011.Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative ; 2007. 32p.
6. European Association of Service providers for Persons with Disabilities. *EASPD Proposals for the EU Care Strategy*. Bruxelles (Belgique);2021:25p. [cité 19 févr 2023]. Disponible sur : https://www.easpd.eu/fileadmin/user_upload/EU_Care_Strategy_EASPD_Position_Paper.pdf
7. EuroHealthNet. *Reducing inequalities by investing in health-promoting care*. EuroHealthNet ; 2022. 5p. [Reducing inequalities by investing in health-promoting care \(eurohealthnet.eu\)](https://eurohealthnet.eu)
8. Fayn MG, des Garets V, Rivière A. Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient. *Rech En Sci Gest*. 2017 ; 119 (2) : 55-73.
9. Aiguier G, Loute A. L'intervention éthique en santé : Un apprentissage collectif. *Nouv Prat Soc*. 2017 ; 28(2) : 158-72.
10. Lang T. Inégalités sociales de santé. *Trib Santé*. 2014 ; 43(2) : 31-38.
11. Portal S, Bohic N, Baudier F, Guérin G, Leo M, Garros B. *Maladies chroniques*. Adsp. 2010 ; 72 : 11-53.
12. Portsmouth K. Révéler sa maladie chronique au travail : pourquoi, comment, avec quels effets ? *Nouv Rev Psychosociologie*. 2016 ; 21(1) : 169.
13. Gardien È. Les savoirs expérientiels : entre objectivité des faits, subjectivité de l'expérience et pertinence validée par les pairs. *Vie Soc*. 2019 ; 25-26(1) : 95.
14. Carrier S, Morin P, Gross O et al. *L'engagement de la personne dans les soins de santé et services sociaux. Regards croisés France-Québec*. Québec : Presses de l'Université du Québec ; 2017. 272p.
15. Jaeger M, Barges I, Bouquet B, Casagrande A, Dubasque D, et al. *Refonder le rapport aux personnes. "Merci de ne plus nous appeler usagers"*. [Rapport de recherche] Conseil supérieur du travail social. Direction générale de la cohésion sociale ; 2015. 185p.
16. Code de la santé publique - Articles L1161-1 à L1162-1 [En ligne]. Code de santé publique. Disponible sur:

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020891754/#LEGISCTA000020892073

17. Jaeger M, Barges I, Bouquet B, Casagrande A, Dubasque D, et al. Refonder le rapport aux personnes. "Merci de ne plus nous appeler usagers". [Rapport de recherche] Conseil supérieur du travail social. Direction générale de la cohésion sociale ; 2015. 185p.
18. Favre M, Lainard M, Loiseau L. Participation des usagers dans les projets de santé publique : réalités et paradoxes: Spécificités. 2012 ; 5(1) : 139-52.
19. Jouffray C. Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs. Une nouvelle approche de l'intervention sociale. Rennes (France). Presses de l'EHESP ; 2018. 240 p.
20. Carrier S, Morin P, Garon S. L'approche centrée sur les résultats : l'exemple des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie. 2012 ; (2) : 47-56.
21. Strezlec O, Albouy Llaty M, El Ouazzani H et Migeot V. La Vie la Santé. 2023 ; 624 : 185. La Vie de la Santé. 2023. Disponible sur <https://gestions-hospitalieres.fr/la-vie-la-sante>
22. Sainsaulieu I. Le bon patient est sous contrôle. Communautés de service et pratiques soignantes à l'hôpital. Revue suisse de sociologie. 2009 ; 35(3) : 551-570.
23. Saout C Charbonnel B, Bertrand D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient ; 2008. 165p.
24. Tourette-Turgis C. L'éducation thérapeutique du patient : La maladie comme occasion d'apprentissage. De Boeck. Bruxelles ; 2015. 166 p.
25. Code de la santé publique - Article L1161-1. [En ligne]. Code de santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045630195
26. Code de la santé publique - Article L1161-2 [En ligne]. Code de santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042536633
27. HAS. Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. HAS ;2007.8p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
28. Code de la santé publique - Article R1161-8 [En ligne]. Code de santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025788679
29. Code de la santé publique - Articles R1161-8 à R1161-11) [En ligne]. Code de santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000022781745/#LEGISCTA000022782319
30. HAS. Education Thérapeutique du patient. Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans la maladie chronique. HAS ; 2018. 154p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/mc_238_actualisation_litterature_etp_vf.pdf
31. Saout C et Voiturier J. Rapport cap santé. Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit de la femme ; 2015. 71p.
32. Ecrement D, Laidebeur C. Émergence et développement de la notion d'accompagnement social. In : L'accompagnement social [Internet]. Rennes (France): Presses de l'EHESP ; 2010. 13-24p. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-accompagnement-social--9782810900343-p-13.htm>

33. Fourdrignier Marc. De la prise en charge à l'accompagnement : vers un nouvel espace professionnel ? De la prise en charge à l'accompagnement : une approche socio-historique. 2011 ; 1-20.
34. Paul M. L'accompagnement : une nébuleuse. *Éducation Perm.* 2021 ; 226(1) : 146-59.
35. Paul M. L'accompagnement dans le champ professionnel. *Savoirs.* 2009 ; 20(2) : 1-11.
36. Paul M. Accompagner la problématisation des situations professionnelles. Analyser ses pratiques autrement. Louvain-la-Neuve (Belgique): De Boeck Supérieur ; 2022. 208 p. Disponible sur: <https://www.cairn.info/accompagner-la-problematization-des-situations-professionnelles--9782807339842.htm>
37. Rothier Bautzer E. Guérir une maladie ou « prendre soin » d'une personne ? *Phronesis.* 2017 ; 6(3) : 14-23.
38. Maury Y, Hedjerassi N. Empowerment, pouvoir d'agir en éducation : À la croisée entre théorie(s), discours et pratique(s). *Spiral-E Rev Rech En Éducation.* 2020 ; 66(3) : 3.
39. Sebai J, Yatim F. Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe. *Santé Publique.* 2018 ; 30(4) : 517.
40. Rogers C. *A way of being.* Boston (État-unis) : Houghton Mifflin ; 1980. 395p.
41. Lago C, Ducroux-Biass F. L'Approche centrée sur la personne : origines, développements et applications contemporaines. *Prat Rech.* 2016 ; 22(1) : 74-90.
42. Moreau A, Nadir K, Supper I, Lamort-Bouché M, Perdrix C, Dupraz C, et al. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. *Exercer.* 2013 ; 24(110) : 268-77p.
43. Bacqué MH, Biewener C. L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? *Idées Économiques Soc.* 2013 ; 173(3) : 25-32.
44. Maryse K. Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. HAS ; 2020. 9p. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/has_49_reco_engagement_usagers.pdf
45. Rothier-Bautzer E. Pratiques soignantes en mutation : de la lutte contre la maladie à la collaboration avec le patient. *Rev Fr Pédagogie.* 2002 ; 138(1) : 39-50.
46. Mantz JM, Wattel F, Barois A, Banzet P, Dubousset J, Glorion B, et al. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. *Bull Académie Natl Médecine.* 2006 ; 190(9) : 1999-2011.
47. Lépine V, Parent B. Les compétences communicationnelles, l'impensé de la réingénierie de la formation des cadres de santé. *Association francophone pour le savoir.* 2013 ; 1-13.
48. Bégin L, Langlois L, Rondeau D. L'éthique et les pratiques d'intervention en organisation. Laval (Canada). Presses de l'université de Laval ; 2015. 279p.
49. Lenoble J, Maeschalck M. Les insuffisances réflexives de l'apprentissage dialogique. In : *Mélanges Georges A Legault. L'éthique, par-delà la philosophie, le droit, l'éducation.* Sherbrooke (Canada) : Editions de R.D.U.S ; 2008. 77-94p.
50. Argyris C, Schön DA. *Apprentissage organisationnel. Théorie, méthode, pratique.* Paris : De Boeck Supérieur ; 2001. 380 p.

51. Senge P. La cinquième discipline. Levier des organisations apprenantes. Paris : Editions Eyrolles, 2015. 494p.
52. Arnaud B, Caruso Cahn S. Outil 1. L'organisation apprenante. In : Arnaud B, Caruso Cahn S. La boîte à outils de l'intelligence collective. Paris : Dunod ; 2019. p. 16-9. Disponible sur : <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-de-l-intelligence-collective--9782100802111-p-16.htm>
53. Fichter K, Beucker S. Managing innovation communities: best practice reports. In : Innovation communities. Berlin : Springer. Berlin ; 2012. 227p.
54. Gross O, Gagnayre R. Diminuer les injustices épistémiques au moyen d'enseignements par et avec les patients : l'expérience pragmatiste de la faculté de médecine de Bobigny. Can J Bioeth. 2021 ; 4(1) : 70-8.
55. Legault A. Le dialogue comme pédagogie de l'éducation en éthique. Ethica. 1999 ; 11(2) : 31-52.
56. Gross O. Accompagnement à l'autonomie en santé : périmètre des missions et cadre évaluatif. Rapport à la Direction Générale de la Santé. 2018. 77p.
57. Gross O, Gagnayre R, Lombrail P. L'évaluation des projets d'accompagnement à l'autonomie en santé : pourquoi privilégier une approche pragmatiste ? Santé Publique. 2020 ; 32(4) : 301-313.
58. Ministère des affaires sociales et de la santé. Projet pilote retenu dans le cadre de l'appel à projet « Accompagnement à l'autonomie en santé » [En ligne]. [cité 9 août 2022]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ile_de_france3.pdf
59. Ministère des affaires sociales et de la santé. Dossier de candidature pour la mise en œuvre de projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé. [En ligne]. [cité 9 août 2022]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ile_de_france3.pdf
60. Pôle de Ressources en Éducation thérapeutique du Patient. Ebook ACESO : Une Aventure Collective [En ligne]. Disponible sur : https://drive.google.com/file/d/1X5fw8q7Esn07ostmgx1qkILMRSDjUKdP/view?usp=sharing&usp=embed_facebook
61. Giret JF, Perret C et Recotillet I. Le recrutement des jeunes docteurs dans le secteur privé. Rev Economie Ind. 2007 ; 119 : 85-102.
62. de Miribel J. Composer avec l'expectation actorielle dans la relation chercheur-acteurs. Éducation et socialisation. Les cahiers du Cerfee. 2022 ; 65. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/edso/20150>
63. Foli O et Dulaurans M. Tenir le cap épistémologique en thèse Cifre. Ajustements nécessaires et connaissances produites en contexte. Études Commun. 2013 ; 40 : 59-76.
64. Capgras JB, Guilhot N, Pascal C et Claveranne JP. La recherche-intervention entre diachronie et synchronie : Heuristique pour une approche alternative. Proj Proyética Proj. 2011 ; 8(2) : 157-168.
65. Nobre T. Pour une lecture en hypertexte des organisations par la recherche -action : le cas du changement à l'hôpital. Finance Contrôle Stratégie. 2006 ; 143-68.
67. Bachelard G. Le nouvel esprit scientifique. Paris : Presses Universitaires de France ; 1934. 183 p.
68. Charmillot M et Dayer C. Démarche compréhensive et méthodes qualitatives : clarifications épistémologiques. 2007 ; 3(Hors série) : 1-14.

69. Piaget J. Logique et Connaissance scientifique. Paris : Gallimard ; 1967. 1376p.
70. Avenier MJ et Gavard-Perret ML. Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique. In : Gavard-Perret ML, Gotteland D, Haon C et Jolibert A. Méthodologie de la recherche en sciences de gestion : Réussir son mémoire ou sa thèse. Paris : Pearson Education France, 2012. 415p.
71. Le Moigne J.-L. From Jean Piaget to Ernst von Glasersfeld: An epistemological itinerary in review. *Constructivist Foundations*. 2011 ; 6(2) : 152–156.
72. Von Glasersfeld E. The Radical Constructivist View of Science. 6, 31–43 (2001). *Foundations of Science*. 2001 ; 6 : 31-43.
73. Piron F. Savoir, pouvoir et éthique de la recherche. In : Beaulieu A. Michel Foucault et le contrôle social, Presses de l'Université Laval, Foucault et le contrôle social. Laval (Canada) : Presses de l'Université Laval ; 2005. 130-150p.
74. Charmillot M. Procédures éthiques et postures épistémologiques : comment valoriser la diversité des démarches de recherche ? In : Burton-Jeangros. L'éthique (en) pratique : la recherche en sciences sociales. Genève : Université de Genève. Genève : Sociological research studies ; 2017. 124p.
75. Doise W, Mugny G. Le développement social de l'intelligence. Paris : InterEditions ; 1981. 204 p.
76. Calvès AE. « Empowerment » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. *Rev Tiers Monde*. 2009 ; 200(4) : 735-749.
77. Bacqué MH, Biewener C. L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? *Idées Économiques Soc*. 2013 ; 173(3) : 25-32.
78. Bourbonnais M, Parazelli M. L'empowerment en travail social et les significations de la solidarité. *Reflets*. 2018 ; 24(2) : 38-73.
79. Alsop R et Heinsohn N. Measuring empowerment: Structuring Analysis and Framing Indicators. Washington : World Bank. 2005. 123p.
80. Ninacs WA. Empowerment et intervention - Développement de la capacité d'agir et de la solidarité. Laval (Canada) : Presses Université Laval ; 2008. 140p.
81. Ninacs WA. Cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire. La clé : coopérative de consultation en développement. 2003 : 1-28.
82. Gibson C. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 1991; 16 : 354-61.
83. Anderson JM. Empowering patients: Issues and strategies. *Soc Sci Med*. 1996 ; 43(5) : 697-705.
84. Fernagu Oudet S. Chapitre 14. Favoriser un environnement « capacitant » dans les organisations. In : Bourgeois . Apprendre au travail. Paris : Presses Universitaires de France ; 2012. 232p.
85. Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative ? *Le Libellio d'AEGIS*. 2011 ; 7(4 - Hiver) : 47-58.
86. Hagège M, Kivits J, Balard F, Fournier C et Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Paris : Armand Colin ; 2017. 329p.
87. Anadón M et Guillemette F. La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive ? *Recherches qualitatives*. 2007 ; 5(Hors-série) : 26-37.

88. Charmaz K, Thornberg R et Keane E. Evolving grounded theory and social justice inquiry. In: Denzin NK et Lincoln YS. The Sage handbook of qualitative research. 5th ed. Londres : SAGE, 2018. 800p.
89. Corbin J et Strauss A. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. (3rd ed.). Thousand Oaks (Etat-Unis): Sage ; 2008. 456p.
90. Reichertz J. Abduction: The Logic of Discovery of Grounded Theory. In : Bryant A et Charmaz K. Londres : The Sage Handbook of Grounded Theory ; 2007. 656p.
91. Blumer H. Symbolic Interactionism: Perspective and Method. Berkeley (États-unis) : University of California Press ; 1986. 228p.
92. Pidgeon NF. Safety Culture and Risk Management in Organizations. Journal of Cross-Cultural Psychology. 1991 ; 22 : 129-40.
93. Reichertz J. Abduction, deduction and induction in qualitative research. A companion to qualitative research. 2004 ; 159-64.
94. Van de Ven A. Engaged Scholarship: A Guide for Organizational and Social Research. Oxford (Angleterre) : Oxford University Press ; 2007. 330p.
95. Patiño-Lakatos G. Sérendipité, abduction et métaphore. Les figures de la pensée dans la trouvaille scientifique. Le Télémaque. 2019 ; 55(1) : 151.
96. Moreau D, Lesterlin B et Beauchesne S. Faire des sciences dans le cadre d'une communauté virtuelle éducative devenir apprenti-chercheur. Aster : Recherches en didactique des sciences expérimentales. 2004 ; 39 : 173-198.
97. Van Campenhout L et Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales. Paris: Dunod ; 2011. 272p.
98. Berry M. Research and the Practice of Management: A French View. Organ Sci. 1995 ; 6(1) : 104-16.
99. Krief N et Zardet V. Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. Rech En Sci Gest. 2013 ; 95(2) : 211-37.
100. d'Arripe A. La posture du chercheur dans l'observation participante : de la trahison à la culpabilité. Antropologicas. 2015 ; 13 : 1-10.
101. Lévy-Tadjine T et Paturel R. Représentations et questions de méthodes dans une perspective intersubjective. Rev Int Psychosociologie. 2012 ; (44) : 343-66.
102. Devereux G. From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences. Berlin, Boston : De Gruyter Mouton ; 1967. 396p.
103. Masingue A. Recherche-intervention et management des petites équipes : proposition d'un dispositif heuristique et transformatif: Rech En Sci Gest. 2016 ; 113(2) : 197-218.
104. Savall H et Zardet V. Recherche en Sciences de Gestion : Approche Qualimétrique, observer l'objet complexe. Economica ; 2004. 432 p.
105. Husserl E. Méditations cartésiennes. Introduction à la phénoménologie. Paris : Vrin ; 1980. 136p.
106. Van Zanten A. Ethnographie. In : Paugam S. Les 100 mots de la sociologie. Paris : Presses universitaires de France ; 2013. 128p.

107. Fetterman DM. *Ethnography: Step-by-step*. (3rd ed). California (États-Unis): SAGE; 2010. 173 p.
108. Hammersley M et Atkinson P. *Ethnography : Principles in practice*. 3rd ed. London: Routledge ; 2007. 266p.
109. Aubé M et David R. Le programme d'adoption du monde de Darwin : Une exploitation concrète des TIC selon une approche socioconstructiviste. In : Taurisson A et Senteni A. *Les communautés virtuelles de recherche à vocation éducative*. Montréal : Presses de l'Université du Québec ; 2003. 336p.
110. Flick U. *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage Publications Ltd ; 2009. 696p.
111. de Sardan JP. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve (Belgique) : Bruylant Academia ; 2008. 365p.
112. Bourcier D et Van Andel P. *La sérendipité, le hasard heureux*. Paris : Hermann Éditeurs ; 2011. 411p.
113. de Sardan JPO. *L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants*. Chicoutimi (Québec) : Université du Québec ; 2003. 114p.
114. Hughes EC. *Le regard sociologique. Essais choisis. Textes rassemblés et présentés par J.M. Chapoulie*. Paris : Editions de l'EHESS ; 1996. 344p.
115. Becker H. *Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris: La Découverte ; 2002. 360p.
116. Peretz H. *Les méthodes en sociologie : L'observation*. 2eme édition. Paris : La Découverte ; 2004. 122p.
117. Soulé B. Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches Qualitatives*. 2007 ; 27 : 127-140.
118. Miller A. *Intuitions de génie : images et créativité dans les sciences et les arts*. Paris : Flammarion, 2000. 464p.
119. Ricoeur P. *La métaphore vive*. Paris : Editions du Seuil ; 1975. 325p.
120. Vincent G. « La métaphore vive » de Paul Ricœur. *Rev Hist Philos Relig*. 1976 ; 56(4) : 567-81.
121. Schwartz O. L'Empirisme irréductible. La fin de l'empirisme ? In : Anderson N. *Le Hobo, sociologie du sans-abri*. Paris : Armand colin ; 1993. 308p.
122. Arborio AM et Fournier P. *L'observation directe*. Malakoff (France) : Armand Colin ; 2021. 128 p.
123. Kaufmann JC. *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin ; 2016. 128 p.
124. Yin RK. *Case study methods*. In: Cooper H, Camic PM, Long DL, Panter AT, Rindskopf D et Sher KJ. *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*. Washington : American Psychological Association ; 2012. 2074p.
125. Caillaud S et Flick U. *Triangulation méthodologique. Ou comment penser son plan de recherche*. In : Lo Monaco G, Delouée S et Rateau P. *Les représentations sociales. Théories, méthodes et applications*. Louvain-la-Neuve (Belgique) : Editions de Boeck, 2016. 656p.
126. Bardour R. *Checklists for Improving Rigour in Qualitative Research: A Case of the Tail Wagging the Dog?* *British Medical Journal*. 2001 ; 322 : 1115-7.

127. Flick U. Mixing methods, triangulation and integrated research: challenges for qualitative research in a world of crisis. In : Denzin N, Giardina M. *Qualitative Inquiry and Global Crises*. New York (États-unis): Left Coast Press ; 2011. 271p.
128. Richardson L. Writing: a method of inquiry. In : Denzin N et Lincoln Y. *The Sage handbook of qualitative research*. 5th ed. Londres : SAGE ; 2018. 800p.
129. Mukamurera J, Lacourse F et Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Rech Qual*. 2006 ; 26(1) : 110.
130. Sawadogo HP. Saturation, triangulation et catégorisation des données collectées. In : Piron F et Arsenault E. *Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines*. Laval (Québec) : Edition sciences et bien commun ; 2021. Disponible sur : <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/lanalyse-des-donnees-et-la-triangulation-attribue/>
131. Evans RA, Evans AF et Kennedy DWB. *Pedagogies for the Non-Poor*. Broadway (États-unis): Wipf and Stock Publishers ; 2000. 302 p.
132. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994 ; 23:147.
133. Zucchello A, Dorsa M, Lombrail P, Traynard PY et Gross O. L'animation d'une communauté de pratique inter-organisationnelle : une condition d'amélioration des pratiques professionnelles dans les champs sanitaire et social. *Soumis au Journal de gestion et d'économie de la santé*. 2023 : 25.
134. Xhaufleur V et Pichault F. Du Tiers à la Tercéisation : modalités d'une fonction essentielle pour l'émergence d'une régulation à l'échelon inter-organisationnel. *Négociations*. 2012 ; 18(2) : 43.
135. Thievenaz J. De l'étonnement à l'apprentissage : Enquêter pour mieux comprendre. Louvain-la-Neuve (Belgique) : De Boeck Supérieur ; 2017. 304p.
136. Vygotski L. Imagination and creativity in childhood. *Journal of Russian and East European Psychology*. 1930 ; 42(1) : 7-97.
137. Capron Puozzo I. Créativité et apprentissage : dilemme et harmonie. *Rev Fr Pédagogie Rech En Éducation*. 2016 ; (197) : 5-12.
138. Pache A, Curnier D, Honoré E, Hertig P. Penser l'avenir de manière créative : un enjeu central de l'éducation en vue du développement durable. *Revue française de pédagogie*. 2016 ; 4(197) : 51-62.
139. Zimmermann-Asta ML. Apprendre par l'autonomie. L'appropriation du savoir par l'apprenant. Lyon (France) : *Chronique Sociale* ; 2015. 136p.
140. Fontan JM et Lachance É. Pour une évaluation de cinquième génération. Montréal (Canada) : ARUC-ÉS ; 2005.
141. Bouchard M et Fontan JM. L'économie sociale à la loupe. Problématique de l'évaluation des entreprises de l'économie sociale. Commun Présentée lors du 67e Congrès ACFAS. 1998 : 1-17.
142. Meyer JP, Becker TE, Vandenberghe C. Employee Commitment and Motivation: A Conceptual Analysis and Integrative Model. *J Appl Psychol*. 2004 ; 89(6) : 991-1007.
143. Morrissette J. Un panorama de la recherche sur l'évaluation formative des apprentissages. *Mes Éval En Éducation*. 2014 ; 33(3) : 1-27.
144. Altet M. L'analyse de pratiques : une démarche de formation professionnalisante ? *Rech Form*. 2000 ; 35(1) : 25-41.

145. Guerrin B. Albert Bandura et son œuvre. *Rech Soins Infirm.* 2012 ; 108(1) : 106-16.
146. Rondier M. « A.Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle ». *L'Orientation Sc Prof.* 2004 ; 33(3) : 475-6.
147. Ménard S. *L'Apprentissage Transformationnel dans le Développement du Leadership.* 2015 ; 5(3) : 12.
148. Benzidia S, Garidi S, Husson J. Le leadership transformationnel et les technologies de l'information comme facteurs clés dans le partage des connaissances : étude de cas d'une organisation sanitaire et médico-sociale multisites. 2020 ; 38 : 1-23.
149. Sebai J. Les plateformes territoriales d'appui : une réforme partielle de plus pour répondre au défi de la prise en charge ambulatoire des patients complexes ? *Trib Santé.* 2018 ; 58(1) : 103-113.
150. Aubry R. Les fonctions de coordination dans le champ de la santé. *Santé Publique.* 2007 ; 19(Hors Série) : 73-77.
151. Arcand L. La communauté de pratique un outil pertinent : résumé des connaissances adaptées au contexte de la santé publique. *INSPQ.* 2018 : 1-18.
152. Meagher-stewart, DM, Solberg SM, Warner G, MacDonald, J, McPherson, CM et Seaman PM. Understanding the Role of Communities of Practice in Evidence-Informed Decision Making in Public Health. *Qualitative Health Research.* 2012 : 723-39.
153. Lemire N, Souffez K et Laurendeau M. Animer un processus de transfert des connaissances. Bilan des connaissances et outil d'animation. Direction de la recherche, formation et développement, Institut national de santé publique. Montréal (Canada) ; 2009. 69p.
154. Wenger E. Knowledge management as a doughnut: Shaping your knowledge strategy through communities of practice. *Ivey Business Journal.* 2004 ; 1-8.
155. Cohendet P, Roberts J, Simon L. Créer, implanter et gérer des communautés de pratique : *Gestion.* 2010 ; 35(4) : 31-5.
156. Langelier L, Wenger E, White N, Smith J et Rowe K. Travailler, apprendre et collaborer en réseau. Montréal (Canada) : CEFRIO ; 2005.116p.
157. Bloch MA, Hénaut L. *Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social.* Paris : Dunod ; 2014. 331p.
158. Pascal C et Capgras JB. Le système de santé mis au défi de la coordination. 2020 ; 5(5-6) : 315-317.
159. Xhaufclair V. Apprentissage collectif et réflexivité systémique : le rôle des acteurs tiers dans la structuration des méta-organisations. *Interv Économiques.* 2013 ; 48 : 1-23.
160. Schön DA et DeSanctis V. *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action.* J Contin High Educ. 1986 ; 34(3) : 29-30.
161. Schön DA. *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel.* Montréal (Canada) : Les Éditions Logiques ; 1994. 418p.
162. Schön DA. *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions.* Oxford (Londre) : Jossey-Bass ; 1987. 355p.

163. Zucchello A, Dorsa M, Duvivier M, Lombrail P, Traynard PY et Gross O. Améliorer les pratiques d'accompagnement à l'autonomie en santé : effets d'un dispositif d'apprentissage coopératif. *Santé Publique*. 2023 ; 2(35) : 149-158.
164. Bernard V. *Action sociale et empowerment*. Grenoble (France) : Presses Universitaires Grenoble ; 2018. 64p.
165. Donate MJ, Sánchez de Pablo JD. The role of knowledge-oriented leadership in knowledge management practices and innovation. *J Bus Res*. 2015 ; 68(2) : 360-70.
166. Yin RK. *Applications of Case Study Research*. Thousand Oaks (Etat-Unis): SAGE ; 2012. 265p.
167. Chapoulie JM, Everett C. Hughes et le développement du travail de terrain en sociologie. *Rev Fr Sociol*. 1984 ; 25(4) : 582-608.
168. Chenu A. « Everett C. Hughes, Le regard sociologique, 1996 ». *Sociol Trav*. 1998 ; 40(3) : 414-6.
169. Pandraud N. Une théorie de l'observation in situ. *SociologieS* ; 2013. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/sociologies/4315>
170. Boutinet JP. Management par projet et logique communicationnelle, quelles convergences ? Quels défis ? *Commun Organ* 1998 ; 13 : 1-12.
171. Bouissou C et Brau-Antony S. Réflexivité et pratiques de formation : Regards critiques. *Carrefours de l'éducation*. 2005 ; 20(2) : 113-22.
172. Mezirow J. *Penser son expérience, développer l'autoformation*. Lyon (France) : Chronique Sociale ; 2001. 265p.
173. Wenger E. *Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity*. Cambridge (Angleterre) : Cambridge University Press ; 1998. 216p.
174. Bootz JP. L'évolution du manager : un pilote de communauté de pratique entre l'expert et l'intrapreneur. *Manag Avenir*. 2013 ; 63(5) : 115-139.
175. Brown JS, Duguid P. *Organizational Learning and Communities-of-Practice: Toward a Unified View of Working, Learning, and Innovation*. *Organization Science*. 1991 ; 2(1) : 40-57.
176. Quesnay P, Poumay M et Gagnayre R. Accompagner la mise en œuvre de l'approche par compétences dans les formations en santé : perspectives d'une stratégie de changement pragmatique portée par un individu tercéisateur dans un institut de formation en ostéopathie. *Pédagogie Médicale*. 2022 ; 23(1) : 49-67.
177. Lessard A. Communauté de pratique. In : Jorro A. *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. Louvain-la-Neuve (Belgique) : De Boeck Supérieur ; 2013. 362p.
178. Gosselin F, Barlatier PJ, Cohendet P, Dunlavy P, Dupouët O, Lampron F. Le partage des rôles et des responsabilités à l'égard du pilotage des communautés de pratique. *Gestion*. 2010 ; 35(4) : 36-46.
179. Lenoble J et Maesschalck M. Au-delà des approches neo-institutionnalistes et pragmatistes de la gouvernance. *Reflexive Governance in the Public Interest*. 2006 : 1-122. Disponible sur: <https://perso.uclouvain.be/marc.maesschalck/etudiants/WP-REFGOV-SGITNU-1-Fr%5B1%5D.pdf>
180. Cerletti A. La politique du maître ignorant : la leçon de Rancière. *Le Télémaque*. 2005 ; 27(1) : 81.

181. Argyris C. *Overcoming Organizational Defenses*. Boston (États-unis) : Allyn and Bacon ; 1990. 169p.
182. Freire P. *La pédagogie de l'autonomie de Paulo Freire en langue française*. Toulouse (France) : Érès ; 2013. 164p.
183. Mezirow J. *Transformative Dimensions of Adult Learning*. San Francisco (États-unis) : Jossey-Bass ; 1991. 247p.
184. Morin É, Therriault G et Bader B. Le développement du pouvoir agir, l'agentivité et le sentiment d'efficacité personnelle des jeunes face aux problématiques sociales et environnementales : apports conceptuels pour un agir ensemble. *Éducation Social*. 2019 ; 51 : 1-17.
185. Alkire S. *Valuing Freedoms: Sen's Capability Approach and Poverty Reduction*. Oxford (Londres) Oxford University Press ; 2005. 356p.
186. Albano MG, d'Ivernois JF, Langlume L, Ahouah M et Tribonnière X de la. L'effet de Halo : quand les patients éduqués éduquent à leur tour leurs aidants. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ*. 2021 ; 13(1) : 10204.
187. Xhaufclair V, Pichault F et Maeschalck MF. Partenariats inter-organisationnels et nouvelles formes de gouvernance : les conditions d'un compromis équilibré et pérenne. *Manag Avenir*. 2010 ; 33(3) : 298-316.
188. Proulx J. Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Rech Qual*. 2019 ; 38(1) : 53.
189. Lincoln YS et Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Londre : SAGE ; 1985. 422p.
190. Lincoln YS et Guba EG. But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity. *Naturalistic evaluation*. 1986 ; 30 : 73-84.
191. Valero P et Vithal R. Research methods of the "north" revisited from the "south". *Perspectives in Education*. 1998 ; 18 : 5-12.
192. Tessier N, Bourdon I et Kimble C. Participer à une communauté de pratique virtuelle : retours d'expériences dans une multinationale de l'ingénierie. *Rech En Sci Gest*. 2014 ; 100(1) : 121-40.
193. Wenger E. *La théorie des communautés de pratique*. Laval (Canada) : Presses Université Laval ; 2005. 332 p.
194. Avis du 29 janvier 2023 relatif au rapport d'évaluation des expérimentations de l'autonomie en santé - article 92 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé adopté en « procédure d'urgence » par la Commission permanente de la CN.
195. Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Rech Soins Infirm*. 2012 ; 110(3) : 13-20.
196. Rochette C et Ceccato M. Innovation managériale à l'hôpital public : une lecture à partir de l'empowerment infirmier. *Quest Manag*. 2022 ; 39(2) : 107-20.
197. Cassière F et Terramorsi P. Management public : de la remise en cause à la mise en question. *Éditorial. Quest Manag*. 2022 ; 39(2) : 87-9.
198. OMS. Rapport de l'OMS sur « la situation du personnel infirmier dans le monde » publié en 2020. OMS ; 2020. 5p. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240003279>

199. Upenieks V et Upenieks V. The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. *The Health Care Manager*. 2003 ; 22(2) : 83-98.
200. Perrenoud P. De la pratique réflexive au travail sur l'habitus. *Rech Form*. 2001 ; 36(1) : 131-62.
201. Carnus MF et Mias C. Réflexivité. In : Jorro A. Dictionnaire des concepts de la professionnalisation. Louvain-la-Neuve (Belgique) : De Boeck Supérieur ; 2013.362p.
202. Tochon FV. L'enseignant expert. Paris : Nathan ; 1993. 256p.
203. Mercure D et Rivard S. Le développement de la réflexivité et de la pensée critique comme piliers à l'émergence de la créativité dans la formation des futurs travailleurs sociaux. *Approch Inductives*. 2016 ; 3(2) : 71-91.
204. Le Blanc G. Que faire de notre vulnérabilité ? *Le Temps D'Une Question*. Paris : Bayard ; 2011. 213p.
205. Chatel T. Notre société est en train de changer de regard sur la vulnérabilité. 2019. Disponible sur: <https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Ethique/Bioethique-Notre-societe-train-changer-regard-vulnerabilite-2019-06-22-1201030634>
206. Kiledjian É. Prendre en compte la vulnérabilité et la dépendance sans stigmatiser. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2019 ; 138(3) : 5-9.
207. Gross O et Gagnayre R. Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leurs pouvoirs d'action : implication pour la formation médicale. *Rev Fr Pédagogie Rech En Éducation*. 2017 ; (201) : 71-82.
208. Barrier P. L'épreuve de la maladie. In : La blessure et la force. La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité. Paris : Presses Universitaires de France ; 2010. 214p.
209. Gross O et Gagnayre R. Le rôle de la passion dans la logique de l'agir des patients-experts. In Jouet E, Las Vergnas O et Noelle-Hureau E. Nouvelles interventions réflexives dans la recherche en santé : savoirs expérientiels des malades et formation par la recherche en sciences infirmières. Paris: Éditions des Archives contemporaines, 2014. 270p.
210. Odero A, Pongy M, Chauvel L, Voz B, Spitz E, Pétré B, et al. Core Values that Influence the Patient—Healthcare Professional Power Dynamic: Steering Interaction towards Partnership. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 ; 17(22) : 1-17.
211. Delbrouck M. Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel. Louvain-la-Neuve (Belgique) : De Boeck Supérieur ; 2008. 284p.
212. El Ouazzani H, Dudon Q, Albouy Llaty M, Saurois A, Bosquet L, Migeot V. Séminaire « Happy'Doc » - Intervention de promotion de la santé adressée à des étudiants en santé en début de cursus. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2022 ; 70(3) : 231.
213. Gonin A, Grenier J et Lapierre JA. La souffrance éthique au travail : L'éthique du care comme cadre d'analyse critique et comme prospective dans le champ de la santé et des services sociaux. *Reflets*. 2014 ; 19(2) : 85-110.
214. Zielinski A. La vulnérabilité dans la relation de soin : « Fonds commun d'humanité ». *Cah Philos*. 2011 ; 125(2) : 1-19.
215. Jousset D, Boles JM et Jouquand J. Penser l'Humain vulnérable. De la philosophie au soin. Rennes (Paris) : Presses Universitaires Rennes ; 2017. 326 p.

216. Donnio I. Mettre les vieux sous cloche, un risque d'utilisation abusive des concepts de vulnérabilité et de fragilité. In : Eynard C. Les vieux sont-ils forcément fragiles et vulnérables ? Les nouvelles catégories de l'âge. Toulouse (France) : Érès ; 2019. 320p.
217. Nanty I, Godet P et Bailly N. La méthode agile, une nouvelle méthode pour promouvoir l'accompagnement inclusif. *Psychologie Du Travail Et Des Organisations*. 2021 ; 27 : 43-52.
218. Arendt H. Condition de l'homme moderne. Paris : Calmann-Lévy ; 1983.232p.
219. Pétré B, Scholtes B, Voz B, Ortiz Halabi I, Gillain N, Husson E, et al. L'approche patient partenaire de soins en question. *Revue Méd de Liège*. 2018 ; 73(12) : 620-5.
220. Leblanc P, Occelli P, Etienne J, Rode G et Colin C. Assessing the implementation of community-based learning in public health: a mixed methods approach. *BMC Med Educ*. 2022 ; 22(1) : 40.
221. Foudriat M. La co-construction. Une alternative managériale. Rennes (France) : Presses de l'EHESP ; 2019. 225p.
222. Foucault M. Surveiller et punir. Paris: Gallimard ; 1993. 388p.
223. Anton P. Agilité organisationnelle et gestion de la pandémie Covid-19 : contribution d'une approche exploratoire réalisée auprès de managers hospitaliers français. *Quest Manag*. 2020 ; 29(3) : 45-59.
224. Baret C. Les défis de la gestion du changement dans les organisations de santé. *Commentaire. Sci Soc Santé*. 2013 ; 31(2) : 65.
225. HAS. Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires ? HAS ; 2014. 12p. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/fps_fonctions_appui_25_09_14.pdf.
226. Foudriat M. La co-construction en actes. Savoirs et savoir-faire pratiques pour faciliter sa mise en oeuvre. Paris : ESF éditeur ; 2021. 198p.
227. Quesnay P, Poumay M et Gagnayre R. Accompagner la mise en œuvre de l'approche par compétences dans les formations en santé : perspectives d'une stratégie de changement pragmatique portée par un individu tercéisateur dans un institut de formation en ostéopathie. *Pédagogie Médicale*. 2022 ; 23(1) : 49-67.
228. Biasin C. L'apprentissage transformateur : état des lieux et portée heuristique d'un construit en développement. *Phronesis*. 2018 ; 7(3) :1.
229. Lock JV. International Online Collaboration: Modeling Online Learning and Teaching. *Journal of Online Learning and Teaching*. 2006 ; 2(4) : 1-15.
230. Sen A. Repenser l'inégalité. Paris : Editions du Seuil ; 2000. 320p.
231. Gadille M. Le tiers comme agent de réflexivité et accélérateur d'apprentissages collectifs : le cas du dispositif des pôles de compétitivité. *Humanisme Entrep*. 2008 ; 289(4) : 61-79.
232. Rancière J. Le maître ignorant : cinq leçons sur l'émancipation intellectuelle. Paris : Fayard ; 1987. 240p.
233. Akrich M, Callon M, Latour B et Strum S. Sociologie de la traduction. Paris : Presses des Mines ; 2006. 401p.

234. Callon M. L'État face à l'innovation technique : le cas du véhicule électrique. *Rev Fr Sci Polit.* 1979 ; 29(3) : 426-47.
235. Habermas J. *Knowledge and human interests*. Boston (États-unis) : Beacon Press ; 1971. 378p.
236. Dameron S et Josserand E. Le développement d'une communauté de pratique. Une analyse relationnelle. *Rev Fr Gest.* 2007 ; 33(174) : 131-48.

ANNEXES

1. Annexe 1 : Extrait du rapport d'auto-évaluation qui renseigne le cadre de l'expérimentation nationale des projets d'AAS⁹

a) 1er entonnoir (au sein du projet ACESO)

Construire un environnement capacitant

L'équipe d'animation s'est fixé pour premier objectif de construire un environnement capacitant pour aider les référents à faire une analyse critique de leurs expériences existantes, à exprimer leurs besoins et leurs attentes, à mettre en commun leurs connaissances partagées et à développer des pratiques d'AAS contributives à l'empowerment des personnes accompagnées.

Rappel : Adaptation des critères du cadre évaluatif national de l'AAS au projet ACESO, pour l'environnement capacitant :

- Appui multimodal, dans la durée (critère 2.1),
- Accessibilité (critère 2.2)
- Pratiques régulées, encadrées (critère 2.3)
- Recourir aux approches par les pairs (critère 2.4)
- Développer de nouveaux outils ou modes de communication (critère 2.5)
- Former, informer les professionnels aux pratiques d'accompagnement (critère 2.6)
- Créer de nouveaux métiers, de nouvelles fonctions pour décloisonner les pratiques (critère 2.7)
- Actions pour favoriser l'accès à des ressources au sein du projet dans le but d'améliorer les pratiques et faciliter la diffusion des apprentissages (critère 2.8)

⁹ https://ACESO.poletp.fr/?PubACESO/download&file=Rapport_autoevaluation_ACESO.pdf

- **Appui multimodal, dans la durée - critère 2.1**

La démarche d'appui au développement de la réflexivité et aux transformations des pratiques était un processus qui se faisait dans la durée et demandait du temps et de l'engagement à tous les référents : « *Je repense encore au séminaire, je pense que ça m'a aidé. Certaines interventions. Après, ce sont des petites touches qui te façonnent ta façon d'être. Il y a encore plein de choses que je ne fais sûrement pas bien, mais il y a des petites touches qui te font faire autrement.* » (structure 11, entretien individuel, bénévole d'une association de professionnels) et « *Je pense que si je venais à ACESO une fois par an, je ne pense pas que ça aurait le même impact que de se dire : voilà, il y a un séminaire, là un colloque, le groupe outils. Ça pousse à réfléchir.* » (structure 9, entretien individuel, salariée d'une association de professionnels). L'expérimentation a duré 5 ans mais le collectif ACESO va continuer via la mise en place de temps d'analyse de pratiques mensuelles. Le projet reposait beaucoup sur les temps collectifs mais si un référent avait besoin de clarifications ou d'informations complémentaires, il pouvait contacter l'équipe d'animation du projet qui venait présenter le projet ACESO lors de réunions d'équipe par exemple (journal de bord de thèse).

- **Accessibilité - critère 2.2**

L'appui s'adapte aux disponibilités des référents : temps synchrone et asynchrone ; groupe de travail en nombre réduit puis mise en commun lors des séminaires. L'équipe d'animation se tenait à disposition des référents et des structures partenaires pour venir présenter le projet ou répondre aux questions vis-à-vis du projet : « *Ça me fait gagner des connaissances en gestion de projet et en acteurs de terrain. Je me souviens notamment d'un séminaire, où il y a eu un partage des visites [...]. Je trouve cela hyper intéressant, car on peut raccrocher les wagons sans y être allé.* » (analyse documentaire : extrait d'un mémoire de master 2). De plus, afin de favoriser la participation, les structures recevaient une indemnisation lors de la participation du référent pour indemniser le temps de travail passé au sein du projet. Enfin le projet proposait différents supports de communication pour que les référents puissent s'approprier le format qui leur convenait le mieux et que tous aient la même information (via des supports différents).

- **Pratiques régulées, encadrées - critère 2.3**

La rédaction de l'appel à projet et de la chartre au sein du projet ont défini à la fois les objectifs du projet (intermédiaires et finaux) et le cadre du projet comprenant les valeurs du collectif et les règles de bienveillances à respecter au sein du collectif. C'était le rôle du tiers,

le Pôle de Ressources ETP, d'être le garant de la régulation des pratiques au sein du collectif : *« Je suis un peu demandeur auprès d'ACESO si tu veux. Nous, notre boulot, c'est de vous apporter du matériel. Du « voilà comment on fait ». À vous de remuer vos méninges pour dire, ça serait bien aussi... d'avoir un avis sur... ou en tout cas, toutes les réunions c'est hyper formateur. »* (structure 2, entretien individuel directeur d'association de patients). Cette posture de tiers permet d'être le garant du maintien de l'objectif final d'empowerment des personnes malades : *« Quand les structures le font elles-mêmes, elles ne sont jamais pleinement dans la réflexion parce qu'elles sont plus dans les aspects organisationnels. Elles portent un poids. L'inquiétude de « est-ce que tout va bien se passer. Pour avoir l'esprit libre, c'est toujours mieux quand quelqu'un d'autre le fait pour nous. »* (Structure 18, salariée d'une structure d'appui).

- **Recourir aux approches par les pairs - critère 2.4**

Le collectif est devenu un lieu de formation pour les référents, fondé sur le partage d'expériences et d'analyses de pratiques entre pairs accompagnants : *« Ce qui m'a énormément apporté dans ACESO, et que je n'avais pas du tout avec ma structure, c'est l'échange avec d'autres professionnels qui font aussi de l'accompagnement. Je suis un peu solo dans ma structure sur ce thème-là. C'est moi qui porte le projet depuis trois ans et demi. Et j'ai des bénévoles qui m'aident à orienter les personnes. Mais c'est vrai que le portage du projet est très tourné autour de moi. Et pouvoir rencontrer des personnes et échanger autour de situations d'accompagnement, ça a été hyper enrichissant pour moi. Et ça m'a permis de découvrir des partenaires. Des façons d'accompagner différentes. Et moi je me suis énormément inspiré de ces échanges pour mettre en pratique, par la suite, sur mes permanences notamment. C'est principalement ce que ça a changé. Et le site aussi qui permet d'avoir des outils hyper intéressants. »* (structure 1, entretien individuel, salariée d'une association de patients).

- **Nouveaux modes de communication - critère 2.5**

Il avait été mis en avant dans une recherche précédente que le travail d'ACESO avait permis une meilleure communication en clarifiant le vocabulaire employé par chacune des structures : *« ACESO m'a apporté beaucoup dans les définitions et dans la manière de faire. [...] Dans ACESO, c'est comme si j'étais en train de me former. »* ; ou *« je voyais arriver des mots : « patient expert », « pair », « pair aidant », qui derrière recouvrent des notions différentes selon le point de vue de l'association, de l'institution »* (analyse documentaire mémoire de master 2). Étant donné que les partenaires étaient très hétérogènes et ne se

connaissaient pas encore, des temps de convivialité ont été importants pour créer un climat de confiance, favorisant la construction de liens et l'engagement : *« On est chargé de faire l'animation des structures partenaires pour qu'ils deviennent un collectif. On a commencé avec 24 structures [...]. On ne formait ni un groupe ni un collectif. Il fallait animer pour que ce rassemblement se transforme en collectif et donne une identité ayant du sens pour chacun. »* (Structure 19, entretien structure d'appui).

Au sein du projet, plusieurs types de ressources ont été produites. Elles ont pu être construites par l'équipe d'animation (e-books, articles scientifiques) ou bien co-construites (cartographie des partenaires et de leurs actions, compte rendu de réunions, cahier de points de vigilance pour les outils, carte mentale de l'accompagnement, etc).

- **Former, informer les professionnels de santé à même d'interagir avec les personnes accompagnées - critère 2.6**

Le partenariat patient était au cœur du projet ACESO. Historiquement porté par une coalition d'association de patients, ICA, il a été porté par les associations de patients et par le Pôle de Ressources (ETP) : *« La première chose, c'est d'accompagner les personnes et que les personnes soient le plus libres possible. J'ai l'impression qu'il y a une réflexion sur l'accompagnement des personnes touchées par une maladie chronique et comment on les accompagne, bien. Qu'elles puissent choisir en tout cas. »* (Structure 9, entretien avec une salariée d'une association de professionnels) et *« Accompagner le patient ne s'apprend pas dans les livres, mais au contraire par un apprentissage avec des échanges éphémères de regards, de longs moments d'écoute, de témoignages. »* (Structure 12, directeur d'une association de professionnels).

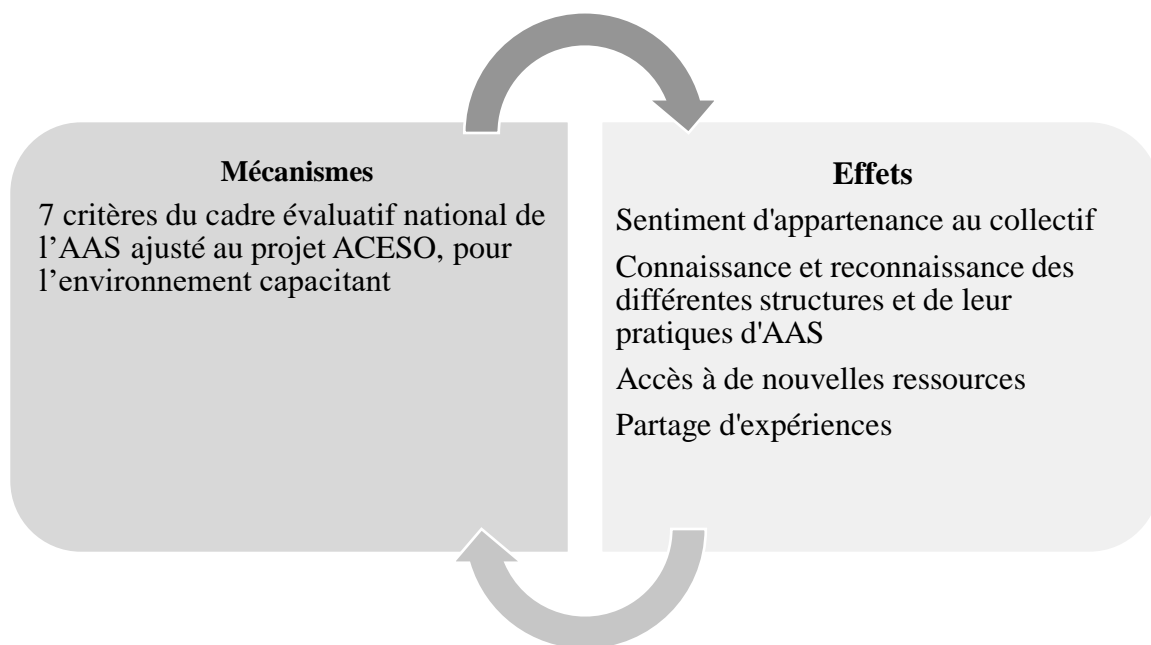
- **Créer de nouveaux métiers, de nouvelles fonctions, pour décloisonner les pratiques - critère 2.7**

Le travail de l'équipe d'animation exerçant une fonction tiers d'appui a été une composante indispensable du déploiement du projet. Le tiers permet la rencontre de champs n'ayant pas l'habitude de travailler ensemble : *« le besoin de mettre en corrélation le sanitaire et le social. Ce n'est même pas un besoin, c'est une nécessité impérieuse. On est dans deux mondes totalement séparés. Même de par nos cursus d'études. [...] On ne peut plus se permettre de parler de soin sans y mettre toutes les dimensions du soin. Et c'est vrai que le projet ACESO, ça m'a permis ça. [...] ACESO, ça permet de formaliser. De dire : « On est là, on existe, on peut se mettre ensemble autour d'une table et de prévoir d'accompagner les gens.*

» *Même le terme d'accompagnement. Le fait d'avoir réfléchi tous ensemble et de s'être interrogé. Ne serait-ce que de s'être interrogé. Qu'est-ce que c'est l'accompagnement ? C'est déjà énorme. [...]. Ce terme d'accompagner, vraiment, dans la vie, ce n'est pas si évident. On a quand-même passé trois heures à le définir l'AAS et on était une petite quinzaine. Et on n'était pas d'accord.* » (Structure 18, bénévole d'une structure d'appui).

- **Actions pour améliorer l'accès aux ressources au sein du projet afin d'améliorer les pratiques et favoriser la diffusion des apprentissages - critère 2.8**

L'ensemble des ressources sont utilisables et en libre accès pour les référents et leur équipe via le site interactif du projet. De plus, le collectif s'est mobilisé autour de la question de l'évaluation des pratiques d'AAS et de la méfiance vis-à-vis de celle-ci : « *Puis sur toutes les structures, l'AAS peut prendre beaucoup de formes différentes. Après ça reste une question. Qu'est-ce qu'on met dans l'accompagnement, qu'est-ce qu'on n'y met pas ? Ça, c'est une question d'ACESO donc je ne vais pas la résoudre toute seule. On est censé le résoudre et y travailler ensemble pendant toute la durée du projet. En tout cas, ce que je comprends de l'accompagnement pour le moment, pour moi, c'est tout ce qui n'est pas pris en compte dans les systèmes. C'est tout ce qui est invisible. Ce qui pourrait relever de l'invisible, mais que l'on doit faire en sorte d'être évaluable. Ça me pose un vrai problème. Si j'ai un problème politique de fond avec — pas ACESO en tant que tel —, mais j'ai une très grande méfiance du dispositif dans lequel on est pris. La transformation sociale et la reconnaissance des pratiques d'AAS via la rédaction d'un manifeste* » (structure 4, entretien directrice association de patients). Afin de porter leur vision commune et de défendre leur position vis-à-vis de l'évaluation, il a été rédigé le manifeste du projet.



Empowerment collectif

La dynamique s'appuie sur celle du groupe pour permettre la mise en mouvement du collectif. L'expression et la connaissance des difficultés et besoins transversaux furent à la base de la construction d'une communauté de pratique. Cette identification de besoins et difficultés communes a permis de favoriser la vision de l'autre comme un partenaire. Un réseau s'est progressivement construit entre les structures partenaires. De plus les échanges ont permis aux référents de voir ce qui se faisait ailleurs donc de comparer, de requestionner leurs pratiques et d'identifier de nouvelles solutions à mettre en place. Enfin, cette démarche a favorisé l'adhésion à un objectif commun à atteindre et la construction d'une vision commune (« celle de la nécessité d'une amélioration des pratiques ») et de valeurs communes (« favoriser le développement de l'*empowerment* des bénéficiaires », « patients partenaires » notamment) donc la construction d'une culture commune.

Rappel : Adaptation des critères du cadre évaluatif national de l'AAS au projet

ACESO, pour de l'empowerment collectif :

- Identification des besoins transversaux des référents et des réponses y afférant au sein du projet (critère 3.1)
- Identification collective des difficultés communes (autres qu'individuelles ou propres à leur structure) (critère 3.2)
- Sentiment de contrôle des référents au sein du projet sur les ressources nécessaires à l'amélioration de leur pratique (critère 3.3)

• **Identification des besoins transversaux des référents et des réponses y afférant au sein du projet - critère 3.1**

La participation a joué un rôle central car elle s'appuie sur les échanges et le partage. Les référents et leurs structures sont dans cette dynamique de partage : « *Globalement les échanges de pratiques, c'est extrêmement positif pour moi. Nous avons une expérience d'accompagnement dans ma structure qui date de presque quatre ans, et cette expérience peut aussi apporter des choses à d'autres structures. C'est dommage de ne pas avoir eu l'occasion de partager cette expérience avant auprès d'autres structures.* » (Structure 1, entretien directeur association de patients). Elle répond à un besoin des référents d'échanges entre pairs accompagnants. C'est la pierre angulaire du projet. Au sein du collectif, les référents pouvaient aussi identifier des questions transversales et trouver ensemble des réponses concrètes pour les aider dans leur pratique (figure 8).

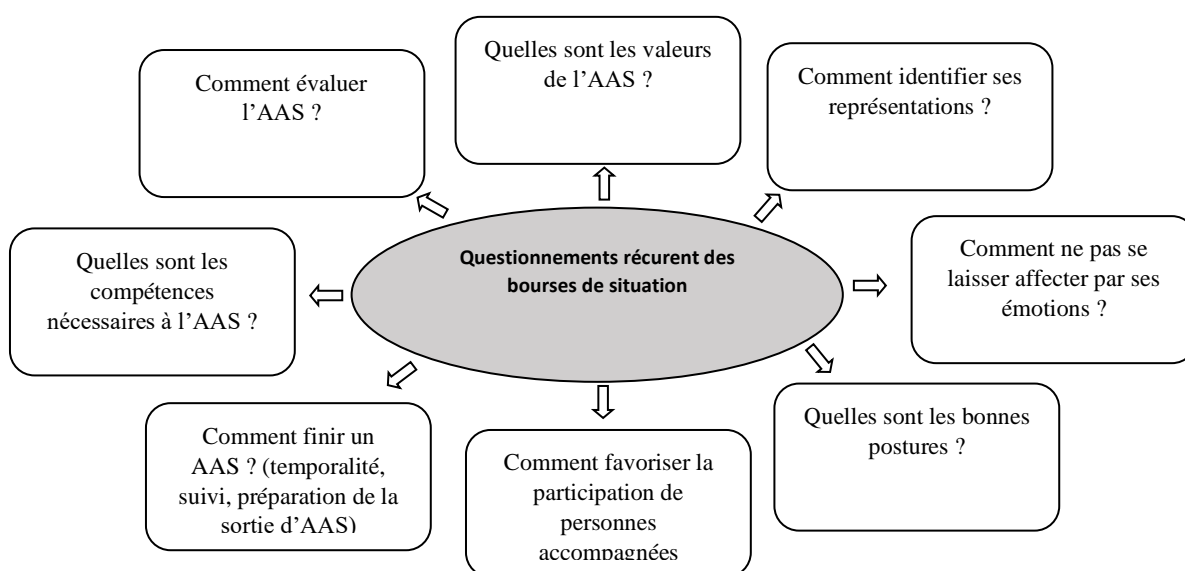


Figure 8 : Questions récurrentes identifiées lors des bourses de situations

De plus, le projet ACESO est aussi le lieu identifié par les référents pour faire reconnaître les pratiques d'accompagnement aux différents financeurs : *« décrire ce que peut être un accompagnement, les différents types d'accompagnement, les faire reconnaître de nos instances et les faire financer. C'est une nécessité, pour nous acteurs qui sommes sur le terrain avec des actions difficiles à mener, d'avoir la reconnaissance de la tutelle. »* (analyse documentaire, mémoire de master 2).

- **Identification collective des difficultés communes (autres qu'individuelles ou propres à leur structure) (critère 3.2)**

La création d'une culture commune autour des valeurs partagées, des objectifs communs et des ressources produites par le collectif a aidé à l'identification des facteurs internes (ce qu'il est possible de changer dans leurs pratiques et leurs structures), et des facteurs externes d'origine sociétale (sur lesquels il n'est pas possible d'agir seul) : *« De me rendre compte de la richesse de cette diversité, de cette pluralité, de ces difficultés aussi, rencontrées par toutes ces structure me désespère. Elles m'apprennent. »* (structure 4, entretien individuel, directrice association de patients).

Les facteurs internes étaient notamment de l'ordre de la posture d'accompagnement : *« Je trouve qu'il y a énormément de points communs parce qu'il y a beaucoup de questions qui se rejoignent. C'est-à-dire jusqu'où on va ? Quelle est notre légitimité ? Quelles sont nos compétences ? Comment on accompagne la demande sans l'anticiper ou sans la dépasser ? »* (structure 16, focus groupe, association d'appui à d'autres structures).

Les facteurs externes ainsi identifiés sont les suivants : la précarité des financements ; le manque de reconnaissance du travail associatif ; la surcharge de travail ; la non prise en compte de la complexité par l'évaluation (évaluation quantitative ne pouvant rendre compte de la complexité) ; et la surenchère de l'innovation : *« Elles n'ont rien comme moyens. Quand tu discutes avec Vincent, à France Assos Santé, il me dit qu'ils n'ont rien du tout. La plupart des gens sont bénévoles. Ils viennent là parce qu'ils sont eux-mêmes atteints d'une pathologie chronique et ils veulent aider les autres. Excuse-moi, mais ce n'est pas normal. Et tu sais ce qui me tue ? Quand tu réclames de l'argent à l'ARS, tu as toujours l'impression que tu es en train de mendier. »* (structure 18, entretien individuel, bénévole d'une structure de soutien) et *« Et de continuer à voir que les associations sont incitées à faire de l'innovation dans des cadres de dispositifs dits innovants alors qu'en fait le travail qu'elles font depuis déjà des*

années, un travail qui fait ses preuves sur le terrain, n'est pas reconnu et n'est pas considéré comme une innovation. En quoi, il doit être innovant (sous-entendu les pratiques des structures) ? Il y a quand-même des besoins de base dans la société. [...]. Qu'est-ce qu'on évalue ? Comment ? Qu'est-ce qu'on mesure ? Donc ça me donne des idées que je n'aurais pas eues, sans ACESO. Par exemple l'idée d'un référent qui dit que ce qu'on évalue, ce n'est pas la réponse à un besoin direct, mais c'est la réponse que l'on formule à un projet de vie qui se décline ensuite en besoins. On prendra la mesure de la réponse au besoin, mais ça ne dira rien de la qualité. Donc voilà, des réflexions sur la qualité. Ou celle d'un autre référent qui insiste sur le fait qu'il faut évaluer les conditions de partenariat, de relations entre soignés et... C'est ça qu'il faut évaluer et ce n'est pas ça que l'on évalue. On évalue toujours les effets directs sur le bénéficiaire, mais il faut déplacer la focale de l'évaluation.» (structure 4, entretien individuel, directrice association de patients).

Certains référents exprimaient une souffrance vis-à-vis de ces contraintes : *« je suis à la fois secrétaire, chef de service, animatrice, comptable... Je cumule tous les postes. Je travaille 7 jours sur 7, entre 10 et 12h par jour. Je ne peux pas faire plus. J'arrive à une saturation. Je me dis que pour ma santé, ce n'est plus possible. »* (structure 14, entretien directrice d'association de professionnels) ou évoquaient une difficulté vis-à-vis de leur pratique d'accompagnement (« est-ce que je fais bien ? », « est-ce que je fais assez ? »). L'identification des facteurs externes représentant des difficultés communes a contribué à déculpabiliser et à rassurer : *« Je t'avoue, honnêtement, ce qui a pu tout changer, enfin j'espère, dans ma façon d'être dans mes consultations, c'est plutôt que je suis plus à l'aise parce que je connais mieux mon sujet. J'ai pris un peu d'assurance et donc je peux davantage mener une consultation en accompagnant les gens. »* (structure 11, entretien individuel, bénévole de structure de professionnels).

- **Sentiment de contrôle des référents au sein du projet sur les ressources nécessaires à l'amélioration de leur pratique (critère 3.3)**

Pour répondre aux besoins des référents, il a été mis en place diverses modalités de partage et d'analyse d'expérience, facilitant la réflexivité des référents :

- les visites d'étonnement : présentation de situations d'accompagnement emblématiques (valorisable par les structures partenaires) ;
- les bourses de situations : exposé de difficultés rencontrées lors d'une situation d'accompagnement complexe pour faciliter l'émergence de nouvelles idées par l'apport d'un regard extérieur et d'une intelligence collective (débloquer une situation complexe) ;
- les retours de bourses de situations : retour sur les idées mises en place suite aux bourses de situations et valorisation des succès des équipes (identifier le contrôle de sa pratique).

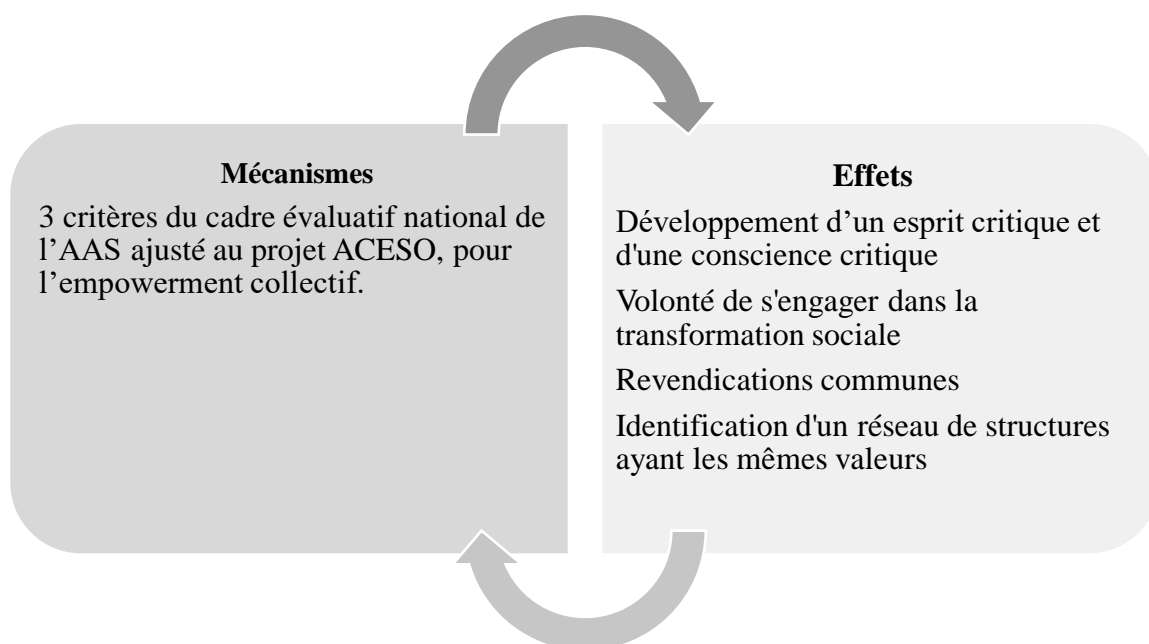
La collaboration entre les référents au sein du projet jouait un rôle central : « *L'approche et la manière de procéder dans ACESO permettent de faire collaborer les partenaires autour de cette table de manière structurée. On ne perd pas de temps. J'ai déjà mis des outils en place dans ma structure et je vais continuer.* » (Structure 12, entretien individuel, directeur association de professionnels).

Toutes les idées et les ressources construites au sein du projet appartiennent aux membres du collectif : « *Après à partir du moment où tu as des collectifs, où tu as un comité interassociatif, les choses émergent collectivement. Et ce n'est pas utile de savoir qui a eu l'idée en premier, on s'en fout. Ce n'est pas ça. Et justement, il faut que tout le monde s'approprie l'idée pour qu'elle appartienne à tous. C'est comme ça que les gens sont engagés, c'est comme ça qu'ils ont envie de s'y mettre* » (structure 4, entretien individuel, directrice d'association de patients).

Le collectif a offert aux référents d'autres manières de penser et a soutenu leur conscience critique, ce qui les a conduits vers une volonté de changement. Ils ont réfléchi collectivement à des perspectives d'action et d'engagement pour faire remonter les difficultés. Cette constatation a donné lieu à l'organisation d'un séminaire sur l'évaluation au sein de l'expérimentation nationale, puis à un colloque sur les enjeux d'évaluation de l'accompagnement à l'autonomie en santé. Enfin les partenaires se sont engagés dans la co-écriture du Manifeste du collectif ACESO, exprimant leur positionnement politique par rapport à l'institutionnalisation et l'évaluation de l'AAS : « *Cette réflexion autour de ce terme. Je*

trouvais aussi très intéressante l'idée du manifeste, qui naît du fait qu'il y avait différents types d'accompagnement possibles, et qui revendiquait une reconnaissance de ces accompagnements. Je n'avais pas du tout conscience avant que cela pût être l'objet d'une telle reconnaissance institutionnelle. Que c'était en soi quelque chose qui pouvait être étudié, travaillé, approfondi, développé, etc. Donc j'ai trouvé ça très intéressant. Après, c'est vrai que le côté multiplication des partenaires et des acteurs, c'est toujours une grande richesse. » (structure 18, entretien individuel, salariée d'une structure d'appui). Ils ont mobilisé les ressources mises à disposition dans le projet ACESO pour construire des réponses adaptées à leurs besoins.

Les référents et leurs structures sont pour une grande majorité engagés, voir militants pour le droit des personnes vivant avec une maladie chronique ou en situation de précarité. Afin d'éviter de potentielles dérives lors de l'institutionnalisation de l'AAS, les structures partenaires se sont engagées collectivement dans l'écriture et dans sa diffusion. Le manifeste comprend 4 axes de vigilance autour de l'institutionnalisation de l'AAS : la reconnaissance des pratiques d'accompagnement à l'autonomie en santé, la relation entre accompagnement et ETP, la pérennisation de l'accompagnement et son financement, enfin son évaluation, de manière à éviter une rigidification trop importante du cadre de l'accompagnement.



Empowerment organisationnel

La gouvernance partagée par toutes les structures partenaires, quelle que soit leur taille, fait partie du cœur du projet ACESO. C'est un projet construit par les structures partenaires et pour celles-ci. Il était donc possible pour elles d'y voir leur intérêt et de s'engager dans la durée au sein du collectif.

Rappel : Adaptation des critères du cadre évaluatif national de l'AAS au projet ACESO, pour l'empowerment organisationnel :

- Participation effective des partenaires au sein des instances de pilotage et de gouvernance du projet (critère 4.1)
- Adaptation en continu de l'offre d'appui à partir de l'usage et du sentiment d'utilité des référents (critère 4.2)
- Concertation entre tous les partenaires pour décider des réorientations éventuelles (critère 4.3)

- **Participation effective des partenaires au sein des instances de pilotage et de gouvernance du projet - critère 4.1**

Les référents avaient le droit de décision et de vote à toutes les instances du projet et à tous les groupes de travail (Comité de pilotage, groupes de travail, séminaires de co-construction où les actions étaient créées, évaluées et réajustées). Si le porteur de projet était présent au sein des différentes instances de décisions, c'était une structure partenaire comme les autres (il avait le même pouvoir et les mêmes droits que les autres structures partenaires). Les décisions étaient prises à main levée et à la majorité. La démarche d'animation et la gouvernance des projets est reconnue par les référents qui s'en inspiraient : « *ACESO, c'est trop tôt pour en tirer des leçons, mais la façon dont c'est animé est intéressante, j'en retire beaucoup d'intérêt sur la gestion de groupe ou dans leur gouvernance* » et « *Moi j'essaie de m'en inspirer quand j'essaie de mettre en place des instances de gouvernance. J'essaie de m'inspirer de ce qui se passe dans ACESO. Faire participer tout le monde demande beaucoup de temps.* » (analyse documentaire mémoire de master 2).

- **Adaptation en continu de l'offre d'appui à partir de l'usage et du sentiment d'utilité des référents (critère 4.2)**

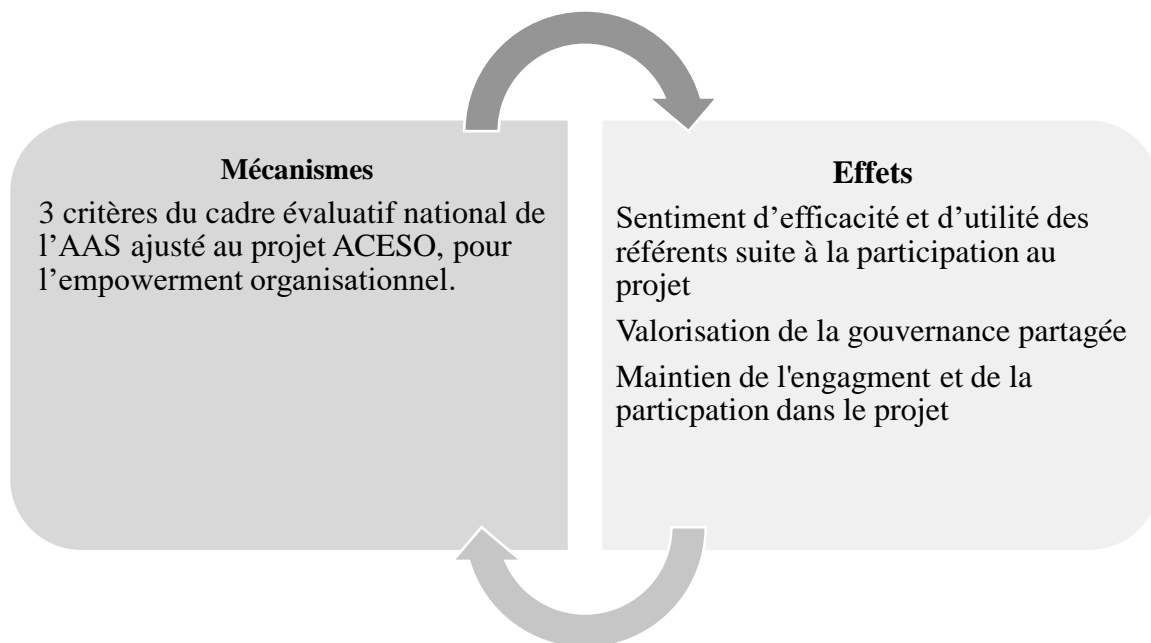
C'est le travail autour de la réflexion de l'AAS et de son amélioration qui a été un des moteurs majeurs de la participation : « *Quand on dit, on accompagne, ça veut tout dire et ne rien dire — « Oui, qu'est-ce que je fais ? J'accompagne quelqu'un. » — mais dire : « Non, non, qu'est-ce que tu entends ? Qu'est-ce qu'il y a derrière l'accompagnement ? » De le définir, de le décortiquer, de voir les bons côtés comme les côtés un peu négatifs. Pour moi ACESO ça me permet de mettre de la complexité dans quelque chose qui semble au départ simple. On accompagne comment ? Pourquoi ? C'est quoi les outils ? C'est quoi... ? C'est en ça que ça met du sens. » (structure 9, entretien salariée de structure de professionnels).*

Pour répondre aux besoins et aux attentes, le projet a su s'adapter à ceux-ci, ce qui a permis de maintenir l'engagement et la participation durant les cinq ans de l'expérimentation : « *Si nous les partenaires prenons le temps de venir ou de dire à nos salariées de venir, alors que nous sommes tous très sollicités et occupés, c'est qu'on y trouve aussi notre compte, qu'on y voit un intérêt. » (Structure 2, entretien individuel, directeur d'association de patients). Cette démarche était favorisée par le processus inductif, itératif, participatif du projet et par l'évaluation formative du projet qui permettait de dégager des actions en fonction des besoins exprimés par les référents. Ainsi les référents trouvaient une utilité à participer et à s'engager dans le projet : « *Maintenant, je trouve qu'il y a eu, pour ma part, en tant que professionnelle de ma structure, des effets très positifs de cette expérience, qui n'est pas encore finie. » (structure 7, entretien individuel d'une salariée d'association de professionnels).**

- **Concertations entre tous les partenaires pour décider des réorientations éventuelles - critère 4.3**

La construction du parcours collectif s'appuyait sur les décisions partagées. Le travail d'animation a été essentiel à cette concertation collective, permettant à tous de s'exprimer, de donner son point de vue et de délibérer en toute transparence. Ainsi, en s'impliquant dans l'avancement du projet, en prenant de décisions collectivement et en mettant en place des actions répondant à leurs réels besoins, les référents évoluaient dans leur manière d'agir et gagnaient en autonomie : « *L'animation est importante pour faire bouger et entraîner une dynamique. Ça aide à développer un peu plus d'autonomie, à inciter les structures à prendre plus en main le projet et c'est très bénéfique pour le travail de co-construction entre les partenaires. » (Structure 19, entretien individuel structure d'appui).*

Progressivement, ACESO est devenu un lieu de partage et de mise en commun de ressources immatérielles et matérielles. Certains ont proposé de partager leurs outils de travail, d'autres ont partagé les ressources professionnelles ou humaines disponibles dans leur structure (exemple : consultation d'éthno-psychologie). L'entraide a représenté un atout pour la communauté. Ainsi le projet reste un espace communautaire de partage de ressources et de compétences, favorisant l'empowerment organisationnel.



Empowerment individuel des référents

Les référents ont pu identifier des acteurs du système de santé qu'ils ne connaissaient pas, d'autres pratiques et d'autres manières de définir l'accompagnement. Cette confrontation à leur pairs accompagnants les a aidés à développer des compétences de réflexivité et donc à questionner leurs pratiques. Progressivement, ils ont ensuite testé de nouvelles manières de faire plus inclusives.

Rappel : Adaptation des critères du cadre évaluatif national de l'AAS au projet ACESO, pour l'empowerment individuel des référents :

Littératie en santé des accompagnants (critère 1.1)

Conscience de sa pratique professionnelle et de ses représentations (critère 1.2)

Sentiment de contrôle sur les pratiques d'accompagnement (critère 1.3)

Nouvelles réalisations (critère 1.4)

Estime de soi (critère 1.5)

Liens sociaux (critère 1.6)

Accès et interactions avec les partenaires du projet (critère 1.7)

- **Littératie en santé des professionnels - critère 1.1**

Les référents n'utilisaient pas le même vocabulaire. De plus, ils se sont aussi aperçu de l'hétérogénéité des pratiques d'accompagnement existantes, en termes de problématiques, d'accès, d'organisation (pour les populations migrantes ou précaires par exemple), ou encore de vécu avec la maladie. Cette diversité a été une première source d'information : *« J'ai recueilli des données extrêmement intéressantes sur les modalités d'accompagnement des personnes. Des personnes au sens large. Pas forcément précaires ou malades comme nous avons l'habitude de suivre. J'ai aussi pu saisir des éléments pratico-pratiques, à la fois de réflexion et de mise en œuvre pour l'accompagnement. »* (structure 12, entretien individuel, directeur d'une association de professionnels).

Le travail sur la définition de l'accompagnement et les notions qui l'entourent (groupe « glossaire ») a donné lieu à la construction d'une carte mentale des valeurs, principes et postures d'accompagnement. Celle-ci servait alors de repère pour identifier les « bonnes pratiques » et constituait un matériel significatif pour le répertoire partagé : *« C'est pour ça d'ailleurs que je me suis inscrite dans le groupe glossaire. Pour avoir la définition, et comprendre vraiment, et intégrer ce mot accompagnement. Parce que tant que je n'avais pas fait ça — l'accompagnement, c'est ça, l'accompagnement, ce n'est pas ça — d'ailleurs même quand on a fait ce groupe-là, on n'avait pas tout à fait les mêmes accords systématiquement. Même entre nous. Et puis des fois, j'étais là : « Non ! Je ne suis pas d'accord ! »* (structure 5, entretien individuel, directrice association de patients). La clarification et l'harmonisation des notions liées à l'accompagnement ont contribué à une meilleure communication entre les référents, à une compréhension des enjeux collectifs facilitant les prises de décisions et à l'élaboration de consensus face à la diversité des pratiques.

- **Conscience de sa pratique professionnelle et de ses représentations (critère 1.2)***

La confrontation entre les pratiques des référents a favorisé leur questionnement vis-à-vis de leurs postures, de leurs représentations, leurs visions de la maladie et de la précarité : « *Ça a changé mes représentations sur ce qu'est l'accompagnement. Je me rends compte qu'il faut surtout que je sois en mesure de faire attention à ce que la personne puisse déjà s'exprimer sur ses besoins. Et ça des fois ce n'est pas simple. [...] Si le besoin n'est pas très explicite, est-ce que je réponds vraiment au besoin de la personne ? Est-ce que je ne réponds pas aux exigences d'un travailleur social, d'une équipe, d'une institution, d'une politique* » (structure 9, entretien individuel, salariée association de patients).

Les référents ont évoqué avoir gagné en réflexivité sur leur travail et changé leur regard et leur manière d'interagir avec les personnes accompagnées : « *Par exemple, je cherche beaucoup plus à déléguer. Ça, ça a été important. Avant, j'essayais de faire à la place, maintenant j'ai arrêté.* » (structure 5, entretien individuel, directrice association de patients). Ce changement de paradigme leur a permis de se recentrer sur les besoins de la personne, et plus seulement de s'orienter sur les faiblesses ou de suivre des objectifs fixés uniquement à partir de la perspective professionnelle : « *Ça a changé mes représentations sur ce qu'est l'accompagnement. Je me dis que moi je suis là, je réponds à une mission, mais il faut surtout que je me dise que je sois en mesure de faire attention à ce que la personne puisse déjà s'exprimer sur ses besoins. Et ça des fois ce n'est pas simple. Ce n'est pas simple d'essayer de cerner. Si le besoin n'est pas très explicite, est-ce que je réponds vraiment au besoin de la personne ? Est-ce que je ne réponds pas aux exigences d'un travailleur social, d'une équipe, d'une institution, d'une politique... Et de le dire aux personnes. De le dire : « Vous savez, vous êtes complètement libre en fait, et nous ferons le maximum pour vous accompagner au mieux, mais peut-être que ce ne sera pas nous, car si ça ne répond pas à ce qu'on fait. »* (entretien individuel, salariée association de professionnels). ACESO était donc un espace de réflexivité et de réflexion sur l'éthique de l'accompagnement. La réflexivité a aussi poussé les référents à requestionner leur représentation des personnes accompagnées : « *Moi ce que j'appréhendais ce n'était pas dans notre fonctionnement mais dans notre vision des choses et je trouve que ça a été éclairant. J'ai vu dans une autre situation la limite de notre empathie. Ça m'a permis et ça a aussi permis à mn collègue médecin d'identifier des représentations qui ne correspondaient pas à ce qui se passe chez les gens (ce verbatim renvoyait à la bourse de situations où l'équipe avait identifié leur représentation d'un logement qui pour eux était insalubre mais ce n'était pas le cas pour la personne accompagnée.* » (structure 10, entretien

individuel, salariée association de professionnels). Cette nouvelle manière d’appréhender leur représentation permettait aux référents de changer leur posture d’accompagnement facilitant de meilleurs relations avec la personne accompagnée : « *La parole se libère plus facilement j’ai l’impression. Je permets que la parole se libère en n’étant pas parasitée par mes représentations, en écoutant tout simplement. En écoutant. Ça permet pour moi de mieux accompagner la personne* » (structure 10, entretien individuel, salariée association de professionnels).

- **Sentiment de contrôle sur les pratiques d’accompagnement (critère 1.3)**

Au sein du collectif, les référents ont partagé des savoirs, savoir-faire, savoir-être et certaines ressources (références, outils) au sein de la communauté. Cette dynamique a dynamisé l’échange d’idées ou de solutions pratiques à mettre en œuvre dans les structures. Les référents se sont sentis plus confiants pour porter le changement au sein de leurs structures : « *Il y avait des interventions qui ont peut-être renforcé ce que moi je pensais mais que peut être je n’avais pas osé dire au médecin par exemple. -Et du coup ça t’a aidé sur ton positionnement professionnel ? -Oui, sur mon positionnement professionnel. Je me sentais plus à l’aise pour parler la première. Avant, dans ma structure, c’était très protocolaire, le médecin en premier et les autres après.* » (structure 6, entretien individuel, salariée d’une association de professionnels).

Les transformations des pratiques conduisaient aussi les référents à redonner une place centrale à la personne accompagnée, ce qui a conduit à une meilleure adhésion de la personne dans son accompagnement : « *La vérité, c’est le patient qui décide la direction de leur accompagnement. C’est bête, mais il y a des patients qui vont me faire plaisir, plus qu’ils vont me dire la vérité, tu comprends ? Alors, c’est pour ça que je laisse le choix, et je me dis qu’il ne faut pas être catégorique dans les choix. Parce que quelquefois, tu peux te rendre compte qu’il ne va pas adhérer. Je suis contente, parce que là, sur les ateliers, avant le confinement, j’ai eu beaucoup d’adhésions au niveau des patients. Ça c’est important pour moi. Et donc je me suis rendu compte qu’avant j’avais tendance à leur dire — ça, c’est dans ma façon de travailler — qu’il faudrait faire ci ou ça. Maintenant, non. J’ai changé ma façon d’être avec eux et trouve que ça va plutôt dans le positif. Je les laisse prendre en main les choses.* » (structure 7, entretien individuel, salariée d’une association de professionnels). Cette nouvelle posture professionnelle a aussi permis de redonner confiance aux référents dans leur pratique : « *cela m’a permis moi en tant que manager d’acquérir une crédibilité, je dirais assez*

aiguisée, sur les modalités d'accompagnement. D'autant plus que je ne viens pas du milieu en fait. Donc je me suis senti enrichi du concept par les groupes ACESO et je ne cache pas avoir été plus à l'aise dans les débats en tout cas avec les professionnels lors d'orientations et choix stratégiques sur les accompagnements. » (structure 12, entretien individuel, directeur d'une association de professionnels).

- **Nouvelles réalisations (critère 1.4)**

Les référents ont fait de nouveaux apprentissages au sein du projet au niveau de l'accompagnement (posture, relation, etc..) et au niveau des conditions à mettre en place pour favoriser la participation des personnes accompagnées. Les apprentissages identifiés étaient :

- des compétences de coopération par la reconnaissance des savoirs, dont les savoirs expérientiels,

- de nouvelles postures professionnelles avec les autres structures du sanitaire et du social et avec les personnes accompagnées (plus participatives et centrées sur les besoins des personnes accompagnées) : « *ACESO m'a montré d'autres façons de faire, avec d'autres associations.* » (structure 7, entretien individuel, salariée d'une association de professionnels) et « *Je pense que je me questionne tout le temps. Notamment grâce à ces réunions où je suis venue. Quand je reçois quelqu'un que j'accompagne, je me dis : est-ce que je vais répondre à une exigence professionnelle, institutionnelle ou est-ce que je vais vraiment répondre à l'exigence de la personne ? C'est ça la question que l'on se pose. Quand on a abordé des choses avec ACESO je me disais : « Ah oui c'est vrai des fois je pense que c'est même l'équipe qui porte des choses et qui la porte peut-être de façon inconsciente. Il y a un vrai questionnement où à un moment donné : « Bon, quelle est sa demande ? Et si c'est sa demande, est-ce que c'est vraiment sa demande ? Est-ce que ce n'est pas ma demande ? La demande de moi professionnelle ? La demande de l'équipe ? C'est qui ? C'est quoi ? ». C'est de se dire comment je fais, comment on fait, pour que la personne soit vraiment accompagnée ? Qu'on ne soit pas là à se dire : « Ouais, on accompagne, mais non en fait il faudrait que ça se passe comme ça, mais ça va se passer comme ça. » Et aller vers ce dont elle a envie pour aller mieux. Et elle peut aller mieux dans l'accompagnement d'une façon qui lui appartiendra juste à elle et à laquelle sûrement l'équipe n'adhérera pas du tout, mais bon on s'en fout à la limite.* » (structure 9, entretien individuel, salariée d'une structure de professionnels).

- d'animations collectives (animation de groupe, dynamique coopérative) inspirées des méthodes utilisées au sein du projet ACESO pour favoriser le développement d'une

culture commune au sein de leur structure : « *Et moi ça m'a fait germer des idées que j'ai proposées en équipe : de temps en temps, en réunion d'équipe, car nous on fait des réunions pluriprofessionnelles, au lieu de parler de situations précises qui sont soit complexes soit inquiétantes de notre point de vue. Ce serait de prendre une situation au hasard. Ils font ça dans les groupes de pairs de prendre une situation au hasard pour voir comment chacun l'appréhende et comment on fait du commun autour non pas de la situation en elle-même, mais de la réflexion, et des propositions. Faire en communs. Faire du communs.* » (structure 6, entretien individuel, salariée d'une association de professionnels).

-de création d'un environnement facilitant (écosystème de ressources, mise en place d'un maillage entre les structures partenaires, création de partenariats) : « *La méthodologie de partage ou d'information mise en place par l'équipe ACESO m'a semblé être pertinente puisque c'est une pensée à la fois participative, mais extrêmement guidante et structurante. [...] Alors que dans le secteur médico-social, je trouvais intéressantes, en tout cas pertinentes, votre approche et votre manière de procéder permettant de faire collaborer les partenaires autour de cette table — de manière structurée, on ne perd pas de temps. Alors j'avais déjà mis en place dans ma structure certains outils et ça m'a permis de continuer, de me dire que je suis sur la bonne voie.* » (structure 2, entretien individuel, directeur association de patients).

- **Estime de soi (critère 1.5)**

Dans un premier temps, ce fut d'abord la reconnaissance des différentes pratiques d'AAS au sein du collectif mais aussi des différentes compétences individuelles (en termes de savoirs, savoir-faire et savoir-être) : « *Et en discutant après ACESO, elle me dit : « Tu fais de l'accompagnement ! — Oui, si tu veux... » Mais pour moi, ce n'était pas de l'accompagnement, dans le sens où c'était vraiment donner de l'information, discuter avec l'adhérent pour voir ses besoins, c'était aider, c'est tout. Je ne voyais pas l'accompagnement quoi.* » (structure 5, entretien individuel, directrice d'une association de patients). Ce qui a ensuite permis aux référents d'identifier leur propre compétence (auto-reconnaissance) : « *Je vais être honnête, je n'avais pas la notion de ce que c'était que l'accompagnement. J'en faisais sans m'en rendre compte. Pour moi c'est comme si c'était naturel et que je ne voyais pas ça comme le mot accompagnement. C'est après que j'ai bien compris que oui, c'est de l'accompagnement parce qu'effectivement, j'oriente, je gère aussi en quelque sorte les adhérents qui ont besoin.[...]. Je les rappelle pour savoir où ils en sont, je suis leur dossier. Donc on reste toujours en contact*

et après au mieux, je leur dis de venir ici. Comme ça on se voit vraiment en face à face. » (structure 5, entretien individuel, directrice d'une association de patients). Cette prise de conscience a eu pour effet de développer leur sentiment de légitimité et donc d'être force de proposition dans les transformations de leurs structures : « *-La carte mentale, elle est accrochée sur mon mur, dans mon bureau. - Et ça t'aide ? - Oui. Mais là, c'est plutôt pour mes BEP, quand je fais mon accompagnement pour le patient et quand je fais mon bilan partagé en rééducation. Au départ, j'étais plutôt dans les soins, comme je te l'ai dit — même s'il y a quand même un accompagnement dans le soin — et bien, ça m'a permis de ne pas faire certaines erreurs. Maintenant, je prends du recul, je laisse le patient parler, je ne le guide pas. Et je l'apprends aux autres. Tu imagines, c'est moi qui apprend aux autres comment faire. Pour les pros. »* (structure 7, entretien individuel, salariée association de professionnels).

- **Liens sociaux (critère 1.6)**

Le partage et la collaboration entre les référents ont permis de construire progressivement des liens sociaux qui ont conduit à la formation d'un collectif. Celui-ci a permis aux référents de se sentir moins isolés et moins dépourvus dans la mise en œuvre de leurs activités d'accompagnement : « *Et en fin de compte, j'ai été complètement emballée parce que c'est un mélange d'expériences. Et parce souvent quand tu es coordinatrice, tu te sens un peu seule. En tout cas, moi, je me sentais un peu seule à ce niveau-là, parce qu'il y avait que moi qui recevais les patients. Et donc ça a été positif parce que l'expérience d'autres personnes m'a fait grandir dans ma profession de coordinatrice. Et je me suis rendu compte qu'il n'y avait pas que moi qui avais beaucoup d'affect avec les patients. Que je n'étais pas hors-norme on va dire. Mais que l'on essayait de trouver des solutions à chaque fois. »* (structure 7, entretien individuel, salariée d'une association de professionnels). Le collectif est une source de remotivation pour les référents : « *Justement si j'ai consacré la matinée, j'ai dit que je venais parce que je trouvais que c'est bien de se regrouper, de se retrouver, puis ça me donne de l'énergie. »* (structure 5, entretien individuel, directrice d'une association de patients).

De plus, comme exposé plus haut, la mise en commun a permis d'identifier des difficultés communes. Celles-ci étaient de diverses natures mais majoritairement d'ordre environnemental : valorisation, pérennisation (diminution des ressources), évaluation des pratiques d'accompagnement, trouver le temps nécessaire à la prise de recul, complexification des cas d'accompagnement, précarisation des situations des personnes, surenchère de l'innovation au dépend des pratiques d'accompagnement existantes et efficaces. Savoir que les

difficultés étaient partagées et dépendaient du contexte diminuait le sentiment de responsabilité et de culpabilité mais surtout il a participé à développer une conscience collective (la personne ou la collectivité ne sont pas seules dans la difficulté), et une conscience sociale (les conflits individuels ou collectifs sont influencés par la façon dont la société est organisée). Cette prise de conscience des référents renforçait le besoin de partage entre pairs et de soutien méthodologique pour le développement de la réflexivité : « *C'est aussi l'esprit de réflexion. C'est-à-dire que je suis persuadé qu'aujourd'hui on ne sait pas tout sur l'accompagnement médico-psychosocial on va dire — et donc ça m'a permis de confirmer ce que je ressentais déjà — que nous avons encore à trouver des hypothèses, des solutions et même des réponses à des problématiques humaines de plus en plus complexes. Ça c'est un élément fort. C'est-à-dire qu'il y a encore du grain à moudre car la misère ou la difficulté humaine sont relativement comparables à un puits sans fond. On a intérêt à avoir de bons outils ou de bonnes manières pour tenir bon. Ça m'a permis, mentalement en tout cas, de me raccrocher à cette idée de dire : « C'est en structurant la pensée avec d'autres que l'on peut avancer et toujours tenir bon ». Parce que dans la difficulté humaine, si vous n'avez pas de soutien, à la fois méthodologique ou de partage avec des pairs ou des gens qui réfléchissent, ça peut être vite épuisant. Je ne sais pas si je répons bien à la question... » (structure 4, entretien individuel, directeur d'association de professionnels). Cela permettait aussi de sortir de la psychologisation et de la responsabilisation des individus : « *Je n'ai pas envie de psychologiser les gens et de dire que c'est leur faute, individuellement. Mais quels sont les rouages qui font que les institutions ne voient pas à ce point tout ce qui est fait et ne le valorisent pas.* » (structure 12, entretien individuel, directeur d'association de professionnels).*

Le partage et les échanges de pratiques étaient ainsi identifiés comme des temps clefs de l'amélioration des pratiques : « *Pour moi, il y a plein de choses qui peuvent se concrétiser parce que l'on a entendu les exemples de tout le monde. Il y a un certain nombre d'informations qui ont circulé. Donc chacun aujourd'hui va pouvoir mieux concrétiser ses pratiques à l'intérieur de sa structure.* » (structure 2, entretien individuel, directeur d'association de professionnels).

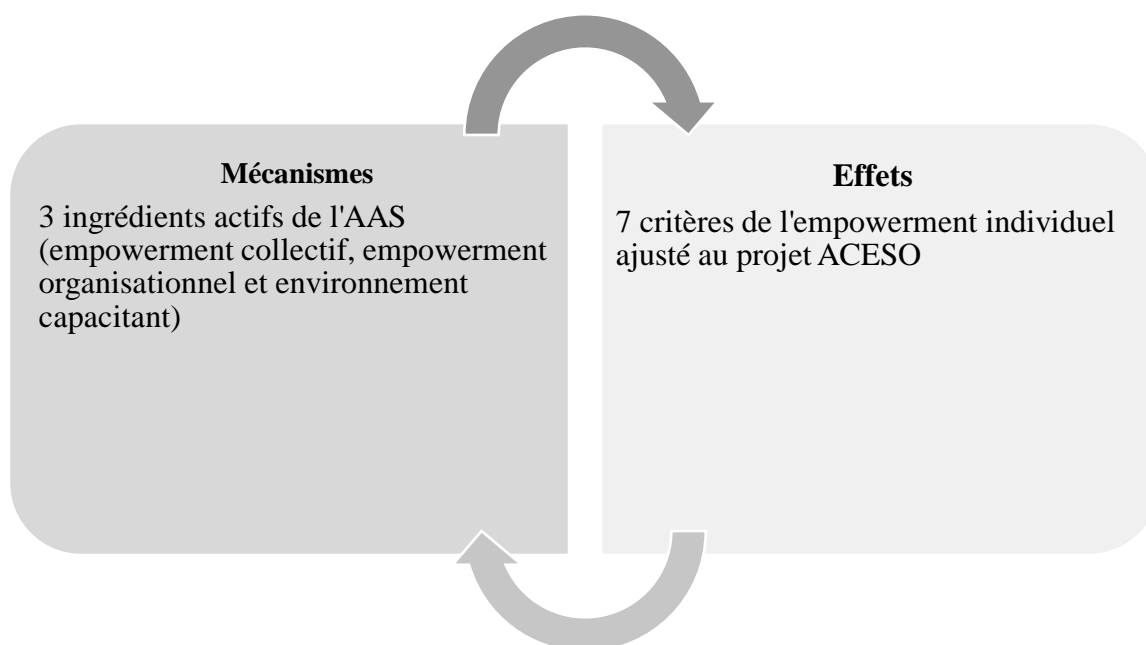
- **Accès et interactions avec les partenaires du projet (critère 1.7)**

Les groupes d'analyse de pratique au sein du projet favorisaient l'identification de ressources mutualisables, ce qui permettait aux référents de mettre en commun leurs ressources matérielles (logiciels d'accompagnement, documents, etc.) et immatérielles (compétences et

ressources humaines). Le projet permettait aussi d'identifier les zones de complémentarité pour les référents et pour leurs structures : *« Ça a permis aussi d'entendre les autres dans les groupes, d'écouter les autres formes d'accompagnement. Mais aussi de se rendre compte qu'il y avait énormément de choses qui étaient des pratiques transversales. J'ai trouvé que c'était intéressant, notamment quand on parlait des cas. [...] J'étais venu à une réunion, je crois, il y a trois mois où l'on exposait une situation ou finalement les problématiques que l'on pointait, c'était des choses qui faisaient complètement écho à ce que nous on peut vivre. Donc se dire que l'on a quelque chose de commun... en tout cas à pointer, à relever. »* (structure 9, entretien individuel, salariée association de professionnels).

Cette mise en commun permettait aussi aux structures partenaires de penser leurs complémentarités et d'adapter leurs offres d'accompagnement : *« Et puis de les entendre parler au quotidien, dans les bourses de situations, de leurs relations — ou dans le séminaire aussi, il y avait des situations qui étaient assez difficiles, assez délicates. Nous, ça nous permet aussi de peut-être mettre en place d'autres services. Il y a des choses qui nous font réfléchir. De, peut-être, mieux se faire connaître. Ça nous permet de réfléchir à ce qu'on fait nous ici, au quotidien. »* (structure 16, focus groupe, directrice d'une structure d'appui). Ce lien entre les structures partenaires est un enjeu du maillage entre les structures du sanitaire et du social. Il serait nécessaire de le faire perdurer après l'expérimentation mais en renforçant la place de la personne accompagnée dans le dispositif : *« Il faut que ce maillage se fasse (sous-entendu le maillage entre le sanitaire et le social), mais pour ça, il faut que tous les maillons soient bien reconnus les uns avec les autres, et que l'on puisse les articuler. Ça, ça devrait être le boulot d'un ACESO après. Ça s'appellera peut-être plus ACESO, mais ce sera une structure avec des salariés, des gens qui sont là pour mettre en place tout ça. Et que ce soit efficient, au service de la personne. Et non plus du patient. »* (structure 17, entretien individuel, bénévole de structure d'appui).

Mais le projet met aussi à disposition de référents les outils créés collectivement par eux-mêmes sur le site collaboratif du projet tels que la carte mentale ou les trames des bourses de situations. Toutes les ressources du capital communautaire étaient utilisables par tous les référents : *« Et le site aussi qui permet d'avoir des outils hyper intéressants. Découvrir des structures que je ne connaissais pas qui me permettent d'ouvrir mon champ d'orientation »* (structure 1, entretien individuel, association de patients).



b) Facteurs facilitant la diffusion du projet ACESO

Certains facteurs facilitant et limitant la participation des référents et la diffusion du projet ont pu être identifiés.

Facteurs facilitants

Une compensation financière était un élément clef pour justifier la participation au projet ACESO auprès de leur équipe. En effet, participer au projet demande du temps (temps de trajet, temps de préparation, temps de participation aux différents groupes de travail) : « *C'est du temps de travail qu'il faut dégager, alors ce sont des contraintes. On est souvent à flux tendu dans l'équipe.* » ou « *C'est aussi une question de temps. Si je pouvais, j'y accorderai plus de temps.* » (analyse documentaire, mémoire de master 2). Cette participation active au projet se faisait sur les heures de travail du référent. Les équipes devaient alors compenser les absences du référent et absorber la charge de travail. Pouvoir valoriser leur participation auprès de leur équipe était un élément primordial pour les référents. C'était pour répondre à cette demande qu'une compensation de 150 euros a été instaurée pour chaque participation auprès des structures partenaires : *Les référents ont fait remonter une difficulté de prendre trop de temps pour le projet ACESO sur leur temps de travail. Pour remédier à cette difficulté, il a été voté, lors d'un comité de pilotage, qu'un forfait de 150 euros serait versé pour valoriser la participation des référents. Ce forfait m'a poussé à me questionner en effet, la rémunération n'a jamais été la source de motivation des référents ou de leur dirigeant. Pour rappel, au*

lancement du projet, la participation ne devait pas être rémunérée. De plus, le forfait est en dessous du coût réel du temps pris par le référent. Ainsi, cette rémunération peut être vue comme une reconnaissance de leur travail, une légitimation auprès de leur structure ou un moyen de montrer que le projet peut rapporter à la structure ? (extrait journal de bord).

L'engagement des dirigeants des structures partenaires facilitait à la fois la participation des référents au projet ACESO et la diffusion du projet au sein de leur structure ou l'expérimentation de nouvelles manières de faire : « *Je pense que ça pourrait, oui. Après, c'est toujours pareil, il faut que ça soit porté par l'institution sinon c'est compliqué. -Et pourquoi ? - Je ne sais pas. Je dirais pour avoir l'adhésion de tout le monde... Pour moi il me semble qu'il faut que ce soit institutionnalisé.* » (structure 10, entretien individuel, salariée d'une association de professionnels) et « *Et le fait que le directeur qui est bien impliqué dans ce projet-là, m'ait retranscrit ce qu'il avait pu voir de ce projet. J'ai ensuite mis en œuvre les apprentissages identifiés dans ma structure. Les premiers résultats dans ma structure, je les ai faits, mais de façon indirecte. Sans trop savoir que c'était ACESO qui en était maître entre guillemets* » (structure 1, entretien collectif, salariée association de patients). Ainsi, les structures partenaires où les référents ou co-référents étaient en lien avec une fonction dirigeante (directeurs ou présidents), il a été constaté davantage de transformation au sein des organisations. De plus, l'implication de la direction permettait de sensibiliser et de mobiliser le reste de l'équipe au projet, voire de leur permettre de participer au projet (par exemple aux bourses de situations) : « *Donc voilà, on a fait un parallèle entre ACESO et notre dynamique de développement méthodologique d'accompagnement parfaitement en cohérence. Ça a permis ça. Ça m'a encouragé. Après, j'ai fait venir d'autres collaborateurs, de temps en temps, à des réunions — pour les aider aussi — ils me disent « c'est quoi ACESO, vous faites quoi là-bas, le directeur est un peu bizarre quand il revient... ».* (Rires) *J'exagère, mais ils avaient envie de savoir, et le fait de venir rencontrer d'autres membres du groupe ACESO, ça crée une dynamique. Une petite dynamique, il n'est pas si fou que ça ce directeur, il réfléchit avec d'autres et c'est encourageant.* » (structure 12, entretien individuel, directeur d'association de professionnels). Pour favoriser l'implication des dirigeants, référents ou non, l'équipe d'animation les impliquait notamment pour les grandes questions stratégiques autour du projet.

La présence de deux référents au sein du projet facilitait les échanges et la confrontation des différents points de vue des référents pour construire des propositions dans les structures : « *Sur mes premiers mois, on a eu beaucoup de réunions pour essayer de comprendre les*

objectifs de cet accompagnement. D'essayer de faire en sorte que l'on soit plus d'accord sur les enjeux, les objectifs. Savoir ce qu'on voulait, ce qu'on ne voulait pas. Et là, j'avoue que... Je pense que l'on a évolué un peu de la même manière. [...]. Je pense que tout ce qui est outils et méthodes d'accompagnement, le directeur les a apportés par rapport aux échanges qu'il pouvait avoir avec les partenaires d'ACESO et l'équipe. Et maintenant, je suis beaucoup plus autonome depuis 2017 ; au moment où, selon lui, la méthode de travailler l'accompagnement dans notre structure correspondait à ce que lui avait pu retrouver dans ACESO. » (structure 1, entretien individuel, salariée d'une association de patients) et « Il y a des choses qu'elle voyait et que moi je ne voyais pas. Et dans l'échange... Puis même dans une équipe, déjà deux, c'est sérieux quoi. On est là, il y a deux personnes qui sont mobilisées pour un projet dans lequel on est inscrit. Pour moi, il n'y a pas photo, je trouve que c'est bien » . La diffusion de la méthodologie du projet ACESO dans les structures était facilitée par la participation d'autres membres de l'équipe aux activités d'ACESO. Les référents essayaient de mobiliser leur équipe pour participer au projet. La participation (particulièrement le groupe Bourse de situations, séminaires ou les entretiens et focus groups d'auto-évaluation) permettait aussi aux équipes de mieux comprendre le projet et ses objectifs. Pour favoriser l'implication des équipes, il était demandé aux référents de venir avec les autres membres de l'équipe en charge de l'AAS : « On a aussi un collègue médecin qui a participé à une bourse de situations. Vous étiez venues nous présenter une situation toutes les deux. Le projet, on a fait des retours en réunion globale. Chaque mois on a une réunion globale avec toute l'équipe. Le sentiment c'est que c'est quand même intéressant parce que ça nous permet de voir un peu ce qu'il se passe ailleurs. 'est assez motivant, ça donne de nouvelles idées, donc pour nous je pense que ça fait du bien. Je pense que l'on est beaucoup la tête dans le guidon. Après, malheureusement, on reste très la tête dans le guidon parce qu'on est une petite équipe et qu'il y a beaucoup de travail. On a aussi des contraintes organisationnelles qui font que peut-être on aurait pu... Enfin je ne sais pas comment. Ces problèmes organisationnels font que l'on n'a pas tiré parti, autant qu'on l'aurait pu, du projet » (structure 6, entretien collectif, directrice d'une association de professionnels). Les supports de communication ont aussi aidé les référents dans leur travail de diffusion du projet au sein de leur structure. Les E-book du projet, les vidéos, les colloques ou le site collaboratif étaient des formats identifiés comme particulièrement aidant pour la diffusion du projet : « Oui, il est vachement bien le e-book! Ça raconte plein de trucs. Ça présente évidemment le pôle avec ses missions, etc. Même ACESO. Tu comprends comment ça va se passer et ce que peut apporter le truc. Donc en interne, déjà pour moi c'est un élément de

maturité. Par rapport à la structure, etc. Où ça a été un peu formateur. » (structure 2, entretien individuel, directeur d'association de patients).

Facteurs limitants

Le manque de moyens humains et financiers était un élément pointé comme un frein potentiel à la participation du référent et celle d'autres membres de l'équipe : « Concrètement, ça aurait été super de faire participer des médecins, mais en fait, un médecin qui vient à une bourse de situations, c'est un médecin qui ne consulte pas. Et un médecin qui ne consulte pas, c'est un médecin qui coûte cher. Et dans une structure où chaque année on se demande si on va finir positivement l'année, c'est un peu compliqué de l'envisager. Nos collègues médecins sont beaucoup sur des temps partiels. Donc même les temps de partage en équipe sont quand même très peu nombreux. Et du coup, avec la tonne de situations à discuter, les enjeux pluripros tout ça... C'est souvent ce qui est prioritaire. Du coup c'est vrai que ça aurait été super. Dans l'absolu on aurait pu avoir davantage de temps d'échange, mais malheureusement, pour nous ça reste un vrai luxe de prendre de la hauteur. C'est terrible, mais c'est vraiment notre réalité. » (structure 6, entretien collectif, directrice d'association de patients).

Le turn over dans les équipes était un élément qui limitait la diffusion du projet ACESO au sein des équipes : « Son départ a fait que ça a bloqué. Ça a bloqué tout le monde parce qu'on n'avait pas une salariée qui était là pour manager la diffusion du projet et l'amélioration des pratiques. Ce qu'il faut se dire que c'est que ça prend du temps. [...]. Donc, si l'on part du désir de mieux faire dans les pratiques d'accompagnement et de la mise en place, c'est vrai que c'est une petite frustration parce que la salariée finalement, au moment où on était dans un truc d'échange de pratiques, nous a quittés. Ça lui a servi en plus, car elle a trouvé du boulot tout de suite après, en ayant acquis tout le savoir de ACESO, mais chez nous elle n'a pas eu le temps de former des gens en interne dessus. » (structure 2, entretien individuel, directeur d'association de patients).

Enfin, un membre de l'équipe en position hiérarchique, réfractaire ou non intéressé par le projet, était aussi un frein à la participation des référents de la structure.

c) 2ème entonnoir (au sein des structures partenaires)

Comme vu dans l'article précédent, du gain de pouvoir d'agir des référents et de l'effet de halo qui en a découlé, les structures partenaires et leurs équipes se sont transformées progressivement. Dans cette partie, ce ne sont pas toutes les dimensions de l'empowerment collectif, organisationnel et l'environnement capacitant des structures partenaires que nous décrivons mais uniquement les transformations résultant de la participation au projet ACESO. Pour rappel, dans le second entonnoir, il a été mobilisé les critères du cadre évaluatif national de l'accompagnement à l'autonomie en santé, tel que construit par Olivia Gross.

Environnement capacitant

L'environnement capacitant a été identifié par les référents comme une dimension centrale de l'AAS, ce qui conduit à des transformations importantes de cette dimension au sein des structures partenaires. En effet, les huit critères qui la composaient, ont été travaillés au sein des différentes organisations.

Critères du cadre évaluatif de l'accompagnement à l'autonomie en santé d'Olivia Gross pour l'environnement capacitant travaillés dans les structures partenaires :

Accompagnement multimodal dans la durée (critère 2.1)

Accessibilité de l'accompagnement (critère 2.2)

(Nouvelles) Pratiques d'accompagnement encadrées, régulées (critère 2.3)

Approches par les pairs (critère 2.4)

Nouveaux outils, nouveaux moyens de communication (critère 2.5)

Formation, information des professionnels (critère 2.6)

Nouveaux métiers, nouvelles missions, nouvelles fonctions (critère 2.7)

Actions pour améliorer la qualité de l'accès aux ressources, à la citoyenneté (critère 2.8)

- **Accompagnement multimodal dans la durée, critère 2.1**

Souvent tournées vers des pratiques ponctuelles d'orientation ou d'information, les structures partenaires ont pris conscience, sous l'influence de leurs référents, de l'importance de la durée dans les pratiques d'accompagnements. Elles ont alors questionné leurs pratiques pour se tourner vers un accompagnement dans la durée. Des solutions ont été trouvées au sein du projet comme reprendre rendez-vous à la fin de la première rencontre, s'autoriser à rappeler la personne accompagnée si elle ne donne aucune nouvelle pendant une longue période, noter

la date du prochain rendez-vous sur différents supports papier/mail/sms : « *L'avantage des bourses de situations, c'est qu'à chaque fois que j'y vais, je me remets en tête qu'il faut que j'essaie de cadrer le suivi et que je requestionne les moyens pour que l'accompagnement soit moins ponctuel. [...]. Rentrer dans le projet ACESO, ça m'a permis de me rappeler que l'accompagnement, ce n'était pas que du one shot. C'était même la plupart du temps plus quelque chose sur du long terme avec un suivi régulier de la personne, avec des hauts et des bas. Ce n'est pas toujours évident et moi ça m'a rappelé ça. Quand j'ai des personnes au téléphone maintenant j'essaie de cerner si la personne a besoin de plus que d'un one shot. Ça, ça me l'a remis en tête parce que je l'avais oublié* » (structure 1, entretien individuel, salariée d'association de patients) et « *Et du coup, discuter avec des structures qui accompagnent les personnes sur plusieurs mois, voire plusieurs années et qu'ils prennent le temps de discuter avec elles, là ça fait une petite piqûre de rappel quand-même.* » (structure 1, entretien individuel, salariée d'association de patients). Les structures ont alors repensé leur AAS pour prendre en considération la temporalité des personnes accompagnées : « *Quand tu apprends que tu es diabétique par exemple, tu es sous le coup de l'annonce, donc tu ne peux pas absorber certaines choses. Tu vas y aller parce que le médecin va te dire d'y aller. Tu sais, moi c'est grâce au Pôle ETP que j'ai appris un terme et je le ressens régulièrement. J'ai appris le terme temporalité. Ça a tout changé pour moi. Ce mot-là m'a énormément fait évoluer dans ma profession. Je me culpabilisais énormément quand il n'y avait plus personne qui venait aux ateliers par exemple. Je pensais que je n'avais pas réussi.* » (structure 7, entretien individuel, salariée d'une association de professionnels) et « *Peut-être me rappeler que l'accompagnement ce n'est pas que répondre à une question, mais c'est aussi écouter la personne et ça, c'est toujours un peu compliqué de prendre le temps de le faire réellement. Mais je pense que pour certaines personnes c'est nécessaire* » (structure 1, entretien individuel, salariée d'association de patients).

- **Accessibilité de l'accompagnement (critère 2.2)**

Les référents au sein du projet ont identifié l'importance de l'aller-vers pour rendre accessible l'AAS : « *C'est en allant à ACESO, que j'ai réussi à réfléchir en me disant que pour être proche du patient, lui donner les informations, il fallait justement aller réellement sur le pôle, le centre lui-même, afin d'avoir un échange. Donc ce qui m'aide aussi, c'est toutes ces notions, ces termes, qui font que je peux rediscuter différemment l'approche. Parce que je n'avais peut-être pas forcément une bonne approche* » (structure 5, entretien individuel, directrice d'association de patients). Le climat convivial au sein du projet a permis aux référents

d'identifier l'importance des temps et des espaces de convivialité pour favoriser le développement de leur pouvoir d'agir. Les temps de convivialité ont été alors mis en avant comme essentiels pour favoriser l'accompagnement et la relation accompagnant-accompagné mais aussi pour créer du lien au sein des équipes des structures. Certaines associations étaient déjà porteuses de dispositifs de convivialité comme porte d'entrée de l'accompagnement : *« Notre structure, c'est d'abord un espace d'échange et de dialogue, elle permet aux personnes vivant avec le VIH et à leurs proches de sortir de l'isolement, offre la possibilité de confier ses angoisses et ses inquiétudes, de trouver un soutien, de s'informer, de partager l'expérience des autres, de vivre des moments conviviaux. »* (analyse documentaire, extrait d'un mémoire de master 2) ou offrait la possibilité de faire des rencontres amoureuses (ex : les soirées « séromantiques »). Cette manière de faire a été un élément marquant pour les autres structures partenaires qui l'ont mis en avant lors des « visites d'étonnement ». Les structures partenaires s'en sont alors inspirées pour mettre en place des temps de convivialité (par exemple : la structure 6 a mis en place des petits déjeuners ouverts à tous pour faire connaître la structure dans le quartier). Pour les structures partenaires mettant en place ce genre de pratiques, celles-ci étaient souvent menacées faute de financement. La défense des pratiques de convivialité était au cœur de leur participation au manifeste : *« Il ne s'agit pas de discréditer les dispositifs existants qui peuvent être utiles au suivi des personnes accompagnées, mais d'insister sur l'importance d'activités d'accompagnement aujourd'hui non reconnues alors qu'elles ont pleinement leur utilité dans le processus d'AAS, par exemple (liste non-exhaustive) : la mise en place d'espaces de convivialité/socialisation, ainsi que d'actions de proximité en relation avec des activités locales, toujours à réinventer, afin de pouvoir atteindre des publics qui ne se manifestent pas de manière spontanée et de repérer leurs difficultés. »* (analyse documentaire, extrait du manifeste).

De plus, durant la crise sanitaire, une grande majorité des structures partenaires ont mis en place des espaces virtuels de convivialité, d'échange ou d'information. Si ces innovations ne pouvaient pas être attribuées uniquement au projet ACESO, elles montraient surtout l'importance des temps de convivialité pour toutes les structures partenaires.

- **(Nouvelles) Pratiques d'accompagnement encadrées, régulées (critère 2.3)**

Les référents ont été moteurs de la reconnaissance institutionnelle de l'AAS dans leurs structures. En effet, avant la participation au projet, les structures partenaires ne revendiquaient pas faire de l'AAS. Elles parlaient alors d'aide ou de soutien. Ces pratiques étaient peu ou pas formalisées. Une réflexion sur la construction du cadre méthodologique des pratiques d'AAS a

été initiée au sein des structures partenaires : *« ça m'a permis de me positionner et de me poser la question sur ce qu'on entend par accompagnement. Et est-ce qu'il ne faudrait pas avoir, de la même façon que l'ETP, des référentiels d'accompagnement sur lesquels s'accrocher pour se reconnaître comme structure capable d'accompagner des personnes et avoir, après, évidemment, une marge ciblée sur la typologie des publics, sur les actions que l'on mène et sur tous les autres déterminants qui caractérisent les missions de la structure. »* (structure 7, entretien individuel, salariée d'une association de professionnels).

Suite à la participation, elles ont identifié que l'AAS était au cœur de leurs pratiques. Celui-ci est même devenue le maillon central permettant de faire le lien entre toutes les activités proposées par la structure partenaire et donc de faire du lien au sein des équipes. Les compétences de l'AAS en termes de savoir, savoir-être et savoir-faire ont été elles aussi revalorisées au sein des équipes jusqu'à intégrer les fiches de poste des équipes. C'est le cas de l'écoute : *« La nouveauté, c'est que tout le monde fait de l'écoute. Autrefois, c'était mineur. C'était quelques écoutants bénévoles qui souvent étaient en détresse émotionnelle. L'écoute, ça va nous permettre de faire le lien entre les écoutants, l'équipe, les permanents et les autres, d'élargir le cercle des écoutants. [...] Cette partie écoute et accompagnement nous a réunis »* (structure 2, entretien individuel, directeur d'une association de patients). Avec la reconnaissance des compétences de l'AAS, il était aussi possible pour les équipes de se former : *« Heureusement j'ai fait une formation à l'écoute, ça me permet au moins d'identifier plus facilement les demandes des personnes, mais en termes de contenu de ce que je peux leur apporter j'aimerais être aussi bonne qu'une assistante sociale. Ça ne sera pas possible, mais autant avoir des objectifs rêvés »* (structure 1, entretien individuel, salariée d'une association de patients). De plus, si l'accompagnement distanciel est important pour aller vers les personnes accompagnées, il ne faut pas pour autant arrêter les temps d'échange en présentiel qui sont indispensables pour créer les conditions nécessaires à la relation : *« Ça m'a fait me rappeler qu'en effet l'accompagnement physique, ce sont des rendez-vous qui durent. Moi, des fois, j'ai des personnes cinq minutes au téléphone. Quand tu vois la personne, c'est beaucoup plus long et ça permet d'échanger sur plus de sujets »* (structure 1, entretien individuel, salariée d'association de patients).

Le cadre de l'AAS s'est alors progressivement structuré au sein des différentes structures partenaires : *« Et donc, ACESO intègre une dynamique intellectuelle — je veux dire méthodologique — qui sert la cause qui était déjà engagée dans notre structure, à savoir : énoncer les besoins, hiérarchiser le poids du besoin... en faisant appel à des techniques logiques. »* (structure 12, entretien individuel, directeur d'une association de professionnels).

Le cadre favorisait aussi aux membres des équipes de pouvoir s'appuyer sur un collègue quand un membre de l'équipe ne se sentait pas en mesure d'accompagner quelqu'un pour diverses raisons : *« On a parlé des cas qui posaient problème. Et de comment on appelle à l'aide une autre collègue ? Comment on s'autorise à ne pas se sentir capable de répondre ? À quitter le bureau d'accueil, à aller chercher une collègue parce qu'on se sent déstabilisé et à passer le relais parce que la question est trop douloureuse parfois. Donc ça, ce sont des réponses que l'on a trouvées ensemble. Que l'on s'est redit ensemble. Des règles de bon fonctionnement. »* (structure 16, entretien collectif, salariée d'une structure d'appui à d'autres structures).

- **Approches par les pairs (critère 2.4)**

Au sein du collectif, les référents pouvaient être des professionnels mais aussi des personnes vivant avec une maladie chronique. Cette diversité a permis aux référents d'identifier l'apport des connaissances de chacun. De plus, au sein du collectif, les référents ont pu identifier l'intérêt de discuter entre pairs « accompagnants ». Par analogie, ils ont alors pu faire écho au besoin des personnes accompagnées d'avoir des espaces pour discuter avec leurs pairs. Certaines structures partenaires ont alors mis en place des temps de pair-aidance pour soutenir l'AAS ou créer du lien avec les personnes accompagnées. Ceux-ci pouvaient être ponctuels. Par exemple, lors d'une bourse de situations il a été mis en avant l'intérêt que pourrait avoir la pair-aidance dans l'AAS d'une personne. Cette dernière a alors été instaurée par l'équipe. L'approche par les pairs pouvait aussi être plus formalisée : groupe de parole entre pairs, embauche de médiateur de santé pair : *« J'ai embauché une médiatrice en santé à la place d'un travailleur social. - Et du coup ça a produit ? - Ça a produit des rejets non négligeables au départ parce que des interrogations que l'on peut considérer comme légitimes peut-être pour certains, qui consistent à dire qu'une médiatrice en santé c'est un diplôme universitaire, un diplôme universitaire, c'est 1 an d'étude, un travailleur social, c'est trois années d'études, vous vous rendez-compte, vous êtes en train de faire baisser le niveau de compétence. Alors que non. Après, l'explication est longue. La réflexion était de dire qu'on a besoin de renforcer la pluridisciplinarité dans la transversalité et la connexion social/soin. Un médiateur en santé est là pour aider à la connexion. Donc ç'a été un peu compliqué »* (structure 12, entretien individuel, directeur d'une association de professionnels). De même que les temps conviviaux, l'approche par les pairs est reconnue par les structures partenaires comme indispensable à l'AAS et faisait donc partie des revendications mises en avant dans le manifeste.

- **Nouveaux outils, nouveaux moyens de communication (critère 2.5)**

Forts de l'estime de soi développée, les référents se sentaient plus légitimes dans leurs pratiques. Ils étaient alors plus en mesure d'identifier des dysfonctionnements, de les partager avec leurs équipes et d'être force de proposition des solutions. La communication au sein des structures a été un élément identifié comme pouvant être amélioré par les référents. Il a été mis en place de nouveaux moyens de communication au sein des équipes. Les temps d'échanges et les réunions d'équipes ont été repensés pour favoriser la communication entre les membres de l'équipe : *« Avant, on faisait du pluripro, mais pas comme on le fait aujourd'hui. En gros, c'était médecin, médiatrice une fois de temps en temps. On parlait de situations un peu complexes. Mais ce n'était pas très souvent. Là, on a institué des réunions mensuelles et c'est tout le monde. Médecins, médiatrices, accueillantes, direction, coordination, musico... Tous ceux qui font de l'accueil et qui rencontrent le public et qui sont là ce jour-là. C'est une fois par mois. Ce n'est jamais le même jour pour permettre à tous les médecins de participer. Et l'idée, c'est que l'on échange sur des situations qui nous paraissent nécessiter cet échange pluriprofessionnel. Les situations peuvent être amenées par tout un chacun. Ce n'est pas seulement le médecin, la médiatrice... Ça peut être la direction, ça peut être la coordination, la musico, l'accueillante. Chacun est susceptible d'amener la situation en fonction de ce qu'il pense nécessaire de discuter et d'échanger. [...] Je ne dis pas que c'est que ACESO, mais je pense que ça nous a aidés à pousser ce moment de travail »* (structure, entretien collectif, association de professionnels. » (structure 6, entretien collectif, salariée d'association de professionnels).

Les moyens de communication à destination des personnes accompagnées ont aussi évolué pour aller vers des formats plus simples pour s'adapter au niveau de littératie du plus grand nombre. Ainsi, lors d'une bourse de situations, il a été discuté des moyens de communication d'une structure. Suite à la bourse, celle-ci s'est orientée sur un flyer avec peu d'écriture, de la couleur et quelques images.

De nouveaux outils ont été mobilisés au sein des structures. En effet, celles-ci se sont approprié les trames d'explicitation des bourses de situations et la carte mentale pour leurs temps d'analyses de pratiques : *« Une de mes collègues a affiché la carte mentale et elle me disait que les infirmières s'en servaient beaucoup. Pour moi, ce n'est pas une découverte mais c'est une reconnaissance et confirmation. Par exemple : favoriser l'empowerment, s'inscrire dans une temporalité, considérer la personne avant la maladie, singulariser, construire avec la personne, favoriser les liens, écouter, dialoguer, informer, tout ce que l'on vient de dire...*

ça me paraît évident. Mais le fait de le voir écrit, c'est quand-même intéressant [...]. Après, je pense que c'est intéressant aussi quand les gens se pensent compétents, par habitude, et qu'ils ne le sont pas forcément toujours. » (Structure 11, entretien collectif, bénévole d'association de professionnels). De plus, elles ont aussi partagé des outils propres à leur organisation. Par exemple, une structure partenaire a mis à disposition son logiciel métier qui aide à prioriser les besoins des personnes et à faciliter le travail de discussion et de médiation entre les accompagnants et les personnes accompagnées. Enfin elles ont fait évoluer certains de leurs outils en identifiant des axes d'amélioration au sein du projet. Par exemple, une structure partenaire a identifié que son outil (outil métier) à son lancement ne disposait pas d'entrée pour que la personne accompagnée puisse exprimer et prioriser son besoin. L'objectif et l'utilité de l'outil ont alors été requestionnés au sein du projet, ce qui a conduit à son évolution. Il est devenu plus inclusif et participatif. La personne accompagnée participait à son accompagnement en priorisant son besoin. En cas de désaccord entre la personne accompagnée et les accompagnants, c'est la personne accompagnée qui a le dernier mot.

- **Formation, information des professionnels (critère 2.6)**

Les structures ont aussi transformé leur organisation pour favoriser les temps d'échange, d'analyse de pratique et de réflexion sur les représentations. En effet, les structures partenaires ont identifié que c'était en transformant les postures et les pratiques professionnelles qu'il serait possible de favoriser le développement du pouvoir d'agir de leurs bénéficiaires : *« on travaille sur les nouvelles postures à mettre en œuvre dans le cadre du développement du pouvoir d'agir. On n'en a pas parlé, mais le projet ACESO et le projet qu'on mène dans la structure, c'est aussi, à mon avis, du développement du pouvoir d'agir au sens large du terme. Et pour participer au développement du pouvoir d'agir, il est important de passer au changement de posture des professionnels. »* (structure 12, entretien individuel, directeur d'une association de professionnels). Les structures ont ainsi mis en place de manière institutionnalisée des temps d'analyse de pratique, des réunions d'équipes pluriprofessionnelles. Les structures partenaires ayant déjà ce type de pratiques s'étaient inspirées de la méthodologie du projet pour mieux les structurer en partant des trames d'explicitation du groupe « bourse de situations » ou en les rendant pluriprofessionnelles avec la mobilisation de toute l'équipe réalisant l'accompagnement et l'apport du dossier de la personne accompagnée : *« salariée 1 : En fait, on faisait de la discussion autour d'un cas depuis un moment. Après, c'était la question de la préparation. De venir avec un cas et avoir le temps de le préparer. Je pense que parfois on avait des situations où c'était un peu le matin que l'on décidait. Salariée 2 : De venir avec le*

dossier par exemple. De ne pas fonctionner sur le souvenir. Chercheur : Et de fait, vous préparez plus ? Salariée 1 : Je pense que oui. Salariée 2 : Déjà, se dire que l'on va parler d'une situation en particulier. Salariée 1 : Et c'est vrai que l'on s'organise. Pour la plupart des cas, on n'est pas tout seul à présenter. Il y a toujours un autre collègue, au minimum. Et donc on sait qu'il faut s'organiser pour tel jour. Parce que parfois les gens ne sont pas là pour x raisons. Et on ne parle pas de cas, tant que l'on n'est pas tous là. Les deux, trois ou quatre personnes concernées. Donc on s'organise mieux. » (structure 11, entretien collectif, salariée d'une association de professionnels). Les structures partenaires qui au lancement du projet étaient plus éloignées de ce type de démarche les ont intégrées à leurs pratiques en s'appuyant sur la carte mentale de l'accompagnement pour faciliter l'analyse.

En parallèle d'autres structures partenaires ont développé des temps de travail uniquement centrés sur les représentations afin que les équipes puissent les identifier : « *Quand vous voyez des résidents qui vont commencer à s'exprimer parce qu'il n'y a pas de jugements, pas de représentations. C'est le débat que j'ai grâce à ACESO : la suppression de représentations. [...]. La subjectivité de l'accompagnateur perturbe l'organisation. Quand vous êtes dans une dynamique de type ACESO, structurée, vous réduisez vos représentations puisque vous êtes dans une recherche d'objectivité et lorsque vous êtes dans une recherche d'objectivité sans représentations, vous êtes beaucoup plus fluide dans les hypothèses de solutions à mettre en œuvre. Vous ne projetez plus. Un exercice que j'ai fait avec mon équipe. Je leur dis par exemple : imaginez un punk dans la rue qui fait la manche, qui est plein de tatouages et avec un gros chien. Pour vous qui c'est ? Et là autour de la table, c'est passionnant les représentations. Et là chacun y va de sa propre interprétation. » (structure 12, entretien individuel, directeur d'une association de professionnels).*

Comme déjà évoqué, certaines structures partenaires ont fait de l'AAS le fil rouge de leur structure, et, de l'écoute active une compétence à développer par tous les membres de leurs équipes « *Ils ont tous la formation à l'écoute, chez nous tout le monde y est formé, c'est le préalable. » (structure 2, entretien individuel, directeur d'association de patients). C'est pourquoi, ils sont tous formés à l'écoute. Cette formation à l'écoute a aussi été identifiée comme importante par les autres partenaires du projet ACESO qui ont demandé s'il était possible de faire une journée de formation sur le sujet pour eux et leurs équipes.*

Certaines structures partenaires, notamment pour des raisons de changement de direction, n'ont pas pu mettre en place les temps de réunion d'équipe. Dans ce genre de

situations, nous observons cependant une grande régularité des référents dans la participation aux bourses et une liberté de la part de la direction auprès de leurs équipes pour participer à ces temps : « *Tu sais, on a parlé aussi de réunions d'équipe. Ça, ça ne s'est jamais fait. Parce que le départ de l'ancienne directrice et la nouvelle direction qui est à mi-temps... Je l'ai plusieurs fois demandé, mais on n'a pas ce côté équipe. C'est pour ça, ça me fait du bien d'aller à ACESO parce que j'ai l'impression d'avoir une petite réunion d'équipe.* » (structure 7, entretien individuel, association de professionnels).

- **Nouveaux métiers, nouvelles missions, nouvelles fonctions (critère 2.7)**

Comme vu précédemment, il y a eu la reconnaissance de la pair-aidance et des médiateurs de santé pairs (et l'embauche d'un médiateur de santé pair dans une structure partenaire). Repenser l'accompagnement a obligé les structures partenaires à repenser leurs organisations pour favoriser la participation des personnes accompagnées et la coopération au sein des équipes. Celles-ci ont alors dû développer des compétences de communication, de pluridisciplinarité, d'écoute et de postures professionnelles et relationnelles. Certaines structures partenaires ont même poussé la réflexion sur l'AAS pour sortir de la logique « un accompagnant pour une personne accompagnée » en divisant équitablement le nombre de personnes accompagnées par le nombre d'accompagnants pour se tourner vers une logique de « compétence ». Ainsi c'est la personne identifiée la plus compétente en fonction du besoin identifié par la personne accompagnée qui sera en charge de son accompagnement : « *Aujourd'hui, avec ACESO et la dynamique de ma structure, nous sommes en train de nous dire que l'accompagnement doit se faire par des compétences professionnelles. Je caricature mon exemple. Donc, si au sein de la structure nous avons des professionnels qui sont plus à l'aise dans la mise en œuvre d'un atelier cuisine alors ce sont ces professionnels qui se chargeront de cet atelier. Si un soignant se sent moins à l'aise que son collègue sur le sujet des addictions alors c'est la personne la plus à l'aise qui sera en charge de l'accompagnement.* » (structure 12, entretien individuel, directeur d'une association de professionnels).

Pour les structures partenaires, ayant de nombreuses actions d'AAS et des intervenants qui peuvent varier en fonction de celles-ci, il a été mis en avant lors d'une bourse de situations, le besoin d'avoir un interlocuteur principal pour que la personne accompagnée puisse identifier une personne ressource et ne soit pas perdue dans son accompagnement. Une nouvelle fonction a ainsi été instaurée, celle de coordinateur des accompagnements. Sa mission est de faciliter le suivi et la cohérence du parcours d'accompagnement au sein de la structure partenaire mais

aussi avec les intervenants extérieurs à celle-ci (exemple : gestion des rendez-vous, traduction des informations). C'est aussi un interlocuteur privilégié pour faciliter la construction des liens entre la personne accompagnée et le reste de l'équipe.

Comme déjà évoqué, les référents ont diffusé la méthodologie du tiers tercésateur. Ils sont devenus tercésateur à leur tour en identifiant le processus de tercésation : « *Dans les groupes bourse, je trouve que c'est hyper intéressant. Et au niveau de l'EHESP, on nous avait montré une autre méthode d'atelier de co-développement. C'était un peu dans le même esprit que le groupe bourse. Et avec ces diverses expériences, on se rend compte que c'est des techniques intéressantes pour que la personne puisse cheminer toute seule et trouver ses réponses sans qu'on lui dise : C'est ça* » (structure 18, entretien individuel, salariée structure d'appui à d'autre structure). Les structures partenaires se sont emparées de la méthodologie pour favoriser la participation et la proactivité des personnes accompagnées mais aussi pour l'animation et la diffusion d'informations à leur antennes régionales (si elles en avaient) ou pour l'animation de leur écosystème : « *C'est plus sur la méthode d'animation de groupe. Je repense aux séminaires. J'ai un souvenir du séminaire où on avait commencé par des tours des deux différents panneaux. Puis aussi le jeu avec les post-its, etc. Il y avait quand même une animation qui était intéressante dans les sessions que l'on pourrait reproduire.* ». (structure 16, entretien collectif, directrice structure de soutien à d'autres structures).

- **Actions pour améliorer la qualité de l'accès aux ressources, à la citoyenneté (critère 2.8)**

L'amélioration de la qualité de l'accès aux ressources reposait sur la mutualisation de certaines ressources humaines et matérielles entre les structures partenaires lors des bourses de situations. De plus, au sein du projet, les structures partenaires ont pu identifier des structures avec lesquelles il était possible de nouer des partenariats. Par exemple les structures 7 et 11 ont mutualisé leurs compétences et leurs ressources humaines pour construire un programme d'ETP autour du pied diabétique qui puisse être traduit pour les personnes migrantes. Pour ce faire, la structure 7 a mobilisé un podologue formé en ETP de sa structure et la structure 11 a mobilisé un de ses traducteurs.

Enfin, connaître d'autres structures faisant de l'AAS permettait d'identifier des partenaires de confiance pour les personnes accompagnées qui auraient besoin d'être réorientées : « *Découvrir des structures que je ne connaissais pas qui me permettent d'ouvrir mon champ d'orientation. [...]. Mais en tout cas mes compétences font que je vais plus vers l'orientation de la personne auprès de structures qui sont à même de pouvoir l'accompagner de façon intéressante, plutôt que d'accompagner du début à la fin* » (structure 1, entretien individuel, salariée d'association de patients). La connaissance des structures partenaires était un élément mis en avant comme primordial, lors des bourses de situations, pour que les référents puissent orienter. En effet, connaître la structure, vers laquelle ils orientaient les personnes accompagnées, leur permettait d'avoir un suivi de la personne mais aussi d'avoir confiance dans l'AAS que la personne recevrait. De plus, les structures partenaires avaient mutualisé l'accès à d'autres ressources et construit un patrimoine collectif. Celui-ci facilitait l'accès à une plus grande diversité de ressources pour les personnes accompagnées.

Empowerment collectif

Les référents ont pu expérimenter l'intérêt du collectif dans le développement de leur réflexivité et de leur pouvoir d'agir. Ils ont été alors moteurs pour mettre en place ces dynamiques collaboratives au sein de leur structure. Sur les trois critères de l'empowerment collectif, deux ont été retravaillés suite à la participation au projet ACESO : identification des besoins transversaux et des réponses y afférant (critère 3.1) et identification collective des déterminants de santé (autres qu'individuels) (critère 3.2).

Critères du cadre évaluatif national de l'AAS, pour l'empowerment collectif :

Identification des besoins transversaux et des réponses y afférant (critère 3.1)

Identification collective des déterminants de santé (autres qu'individuels) (critère 3.2)

Sentiment de contrôle sur les ressources (critères 3.3)

- **Identification des besoins transversaux et des réponses y afférant (critère 3.1)**

Les structures partenaires ont mis en place des groupes de pair-aidance et ont mobilisé une méthodologie similaire à la tercéisation pour que les personnes accompagnées puissent échanger et s'appuyer sur leurs échanges pour identifier leurs compétences (gagner en estime de soi) et identifier les besoins communs. Cela est passé par des journées plus proactives et participatives s'appuyant sur la reconnaissance des savoirs expérientiels : *« Nous avons commencé à mettre en place des journées d'information durant lesquelles nous ne sommes plus sur de l'accompagnement individuel mais sur de l'accompagnement collectif. Les journées sont plus proactives avec pour objectif de mettre les personnes au cœur de leur santé et de les accompagner dans ce processus. [...] On travaille beaucoup sur des ateliers interactifs. On se met en petits groupes. L'idée, c'est d'utiliser des méthodes pédagogiques qui permettent d'avoir les informations et des connaissances par le biais des participants. »* (Structure 1, entretien individuel, salariée d'association de patients A). Les personnes accompagnées étaient plus libres d'exprimer leurs besoins et de s'appuyer sur l'expérience des autres pour trouver des solutions.

- **Identification collective des déterminants de santé (autres qu'individuels) (critère 3.2)**

L'identification collective des déterminants de santé passait aussi par les temps d'échange entre pairs (comme pour le critère 3.1). Cependant, au sein des structures partenaires un changement de posture a eu lieu, les référents se sont autorisés à expliquer les difficultés rencontrées par les structures (provenant de l'environnement) permettant aux personnes accompagnées d'avoir une meilleure compréhension de l'environnement dans lequel son AAS prend part et permettant de favoriser l'implication des personnes accompagnées dans la vie de la structure : *« -Est-ce qu'il y a une différence entre ce que c'était avant et ce que c'est maintenant dans ta pratique ? - : Je pense que ça se traduit quand-même dans l'accompagnement. Lors d'un entretien par exemple : je sensibilise quand-même beaucoup les personnes sur le fonctionnement de la structure, je ne le faisais pas avant. Parler des financements, avant on le faisait pas. [...]. D'être beaucoup plus dans quelque chose où je les implique en leur disant*

comment fonctionne l'association. Ça suscite des questions, des échanges et oui je pense que l'implication commence aussi par là. Par l'information. Vous êtes là, on a besoin de vous, vous avez besoin de nous, on est tous aussi légitimes les uns que les autres. » (structure 9, entretien individuel, salariée d'association de professionnels).

Empowerment organisationnel

Précédemment, il a été mis en avant que les équipes se sont tournées vers des pratiques pluridisciplinaires prenant plus en compte la parole et les idées de tous les membres de l'équipe. Dans cette dimension de l'empowerment, c'est l'implication des personnes accompagnées dans l'AAS qui va être décrite. Sur les trois critères de l'empowerment organisationnel deux ont été retravaillés suite à la participation au projet ACESO : participation effective des partenaires au sein des instances de pilotage et de gouvernance (critère 4.1) et adaptation de l'offre d'accompagnement (critère 4.2).

Critères du cadre évaluatif de l'AAS, pour l'empowerment organisationnel :

Participation effective des partenaires au sein des instances de pilotage et de gouvernance (critère 4.1)

Adaptation de l'offre d'accompagnement (critère 4.2)

Concertation entre partenaires et acteurs de terrain pour décider de faire évoluer l'offre (critère 4.3)

- **Participation effective des partenaires au sein des instances de pilotage et de gouvernance (critère 4.1)**

Pour rappel, il a déjà été décrit dans les résultats précédents que les personnes accompagnées commençaient à être intégrées aux équipes d'accompagnants ou à co-animer des activités au sein des pratiques. Ce qui est déjà une avancée majeure pour la participation des personnes accompagnées. Actuellement, il n'y a pas eu de changements dans les comités de pilotage et les gouvernances des structures partenaires. Certaines structures (surtout les associations de patients) avaient déjà intégré les patients à la gouvernance de celles-ci. Les structures partenaires n'ayant pas ce type de gouvernance, n'ont pas encore passé le cap au moment de l'enquête de terrain. Cependant, il a été constaté que les structures partenaires ont été sensibilisées à l'importance de la participation des personnes accompagnées : *« D'où l'intérêt de la personne qui vient chez nous, en tant que médiatrice en santé. Pour l'anecdote,*

c'était une personne qui a été accompagnée par la structure. Parcours de vie extrêmement compliqué, africaine, elle a fait médecine en Afrique, mais elle n'a pas été jusqu'au bout. Je l'ai embauchée. Elle a fait son parcours de migrante, etc. Je l'ai embauchée et maintenant elle est dans la structure pour justement répondre à ce besoin d'associer des résidents à la réflexion. » (structure 12, entretien individuel, directeur d'une association de professionnels).

- **Adaptation de l'offre d'accompagnement (critère 4.2)**

Fort de cette volonté d'inclusion des personnes accompagnées, les pratiques d'AAS sont en cours de transformation pour devenir plus participatives. Cette démarche d'amélioration de l'inclusion des personnes accompagnées était au cœur des préoccupations des bourses de situations. Par exemple lors d'une bourse de situations, le focus a été mis pour trouver des solutions pour favoriser la participation des personnes accompagnées à la vie de la structure. Plusieurs propositions ont été faites : co-animer ou co-construire des ateliers par les personnes accompagnées identifiées comme motrices ou volontaires, retravailler le niveau de littératie des moyens de communication pour faciliter la compréhension des ateliers et mettre en place des temps de rencontre conviviaux dans le quartier et pas uniquement dans la structure, pour faire connaître la structure, le travail de l'équipe et la volonté d'inclusion des personnes accompagnées.

De plus, les structures partenaires se sont autorisées à sortir de parcours d'accompagnement tous faits pour aller vers des accompagnements individualisés sur-mesure : « *Je me souviens à quel point nos questions de précarité nous avaient sauté aux yeux. On avait appris pleins de trucs notamment sur le cousu main et le sur-mesure qu'ils font là-bas, je pense que ça a pu infuser sur nous. En s'autorisant à se dire : « Mais attends, si ce n'est qu'une personne, si on tricote un truc juste pour elle, ce n'est pas grave.* » (structure 6, entretien collectif, directrice d'une association de professionnels).

Une des difficultés des structures résidait dans l'identification des besoins des personnes accompagnées. Grâce à la dynamique d'analyse de pratique poussée par les référents, les équipes ont pu développer leur réflexivité et développer de nouvelles compétences qui se sont répercutées dans la capacité d'adaptation de l'offre d'AAS pour mieux répondre aux besoins des personnes accompagnées.

2. Annexe 2 : exemple de triangulation des données

Exemple de triangulation des données (validité interne) pour l'empowerment collectif au sein de la communauté de pratique.

Données **Critère 3 : Sentiment de contrôle des référents sur les ressources nécessaires à leur pratique, ou l'environnement, ou le projet**

Modalités de participation : co-construction, partage, expérimentation

Observations **La participation est au cœur du projet (co-construction, partage)**
participantes **⋮**

La participation se base sur des temps d'échange collectif ou des ateliers de travail collectif. Les tours de table sont animés par les coordinatrices qui régulent la parole (pour que tout le monde puisse parler, faire entendre ses idées, mêmes divergentes). Les votes se font à main levée et chacun a le même poids dans le vote (petite ou grande structure, directeur ou salarié de structure).

La participation favorise progressivement le sentiment d'appartenance au collectif et l'implication des partenaires dans le projet qui participent de plus en plus au projet et se rendent disponibles pour les groupes de travail (augmentation de la participation notamment avec le groupe bourse de situations et de l'implication passant de 3/4 référents par session à 10/12. De plus les référents font remonter leur envie de continuer le groupe d'analyse de pratique après l'arrêt du projet).

Créer un espace de confiance

« Quand on va sur le terrain et qu'on monte des projets, ça suppose de vouloir faire ensemble. Il faut surtout créer une ambiance : une manière d'être entre les partenaires qui passe par la confiance, et se sentir à l'aise dans le projet. » (discussion informelle, directeur structure 2)

Entretien **Animation pour former un collectif :**

« On est chargé de faire l'animation des structures et partenaires pour qu'ils deviennent un collectif. On a commencé avec 24 structures [...]. On ne formait ni un groupe ni un collectif. Il fallait animer pour que ce rassemblement se transforme en collectif et donne une identité ayant du sens pour chacun. Notre animation s'est faite lors des rares moments de rencontre, et beaucoup sur la communication numérique, internet. » (animatrice, structure 19)

Entretien collectif **Expérimenter de nouvelles solutions :**

« Et puis de les entendre parler au quotidien, dans les bourses de situations, de leurs relations — ou dans le séminaire aussi, il y avait des situations qui étaient assez difficiles, assez délicates. Nous, ça nous permet aussi de peut-être mettre en place d'autres services. »
(directrice de la structure 6)

Directrice : « Moi, c'est ce qui m'a poussée à mettre en place les séances d'échange de pratiques entre conseillers et l'équipe. Donc les conseillers extérieurs qui interviennent dans la structure et l'équipe des bibliothécaires-documentalistes. Et c'est le pôle ETP qui les anime. Parce que ça permet aussi de mettre en commun nos pratiques et de se créer une culture commune. Et puis nous, ça nous a fait réfléchir — mais alors on ne l'a pas du tout mis en œuvre — sur ce qu'on peut mettre en place comme service à distance. Parce qu'on voit bien que la difficulté, c'est aussi de venir sur place et ça, on avait commencé à y réfléchir dans le cadre des travaux de la bibliothèque, qui devaient commencer en septembre dernier, qui ont été reportés »
(directrice structure 16)

Analyse
documentaire

Le premier séminaire d'ACESO fut l'occasion d'écrire la charte des principes et des valeurs du projet qui reprend les intentions, objectifs, principes et valeurs du projet mais aussi les valeurs et engagements réciproques des partenaires au sein du projet dont la bienveillance et le partage d'expérience (charte des valeurs du projet).