

Augmenter l'inclusion et la transparence dans une démarche de Stratégie Ouverte (SO) : recherche intervention dans une organisation de santé

Increasing inclusion and transparency in an open strategy (OS) process: The case of an intervention research in a healthcare organization

Incrementar la inclusión y la transparencia en un proceso de estrategia abierta: intervención-investigación en un servicio de salud

Didier Grandclaude and Thierry Nobre

Volume 27, Number spécial, 2023

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1109323ar>

DOI: <https://doi.org/10.59876/a-j197-k8ja>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

HEC Montréal
Université Paris Dauphine

ISSN

1206-1697 (print)

1918-9222 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Grandclaude, D. & Nobre, T. (2023). Augmenter l'inclusion et la transparence dans une démarche de Stratégie Ouverte (SO) : recherche intervention dans une organisation de santé. *Management international / International Management / Gestión Internacional*, 27(spécial), 89–105.
<https://doi.org/10.59876/a-j197-k8ja>

Article abstract

This paper presents the methodological approach of an intervention research that develops an open strategy process in a healthcare organization. The research describes all the tools mobilized to improve inclusion and transparency in strategic thinking in the specific context of an occupational health service. This longitudinal analysis highlights the benefits of an open strategy approach, particularly at the managerial and cultural levels. The results observed effectively show an evolution of management towards more multidisciplinary, in an organizational context yet marked by divisions.

Augmenter l'inclusion et la transparence dans une démarche de Stratégie Ouverte (SO) : recherche intervention dans une organisation de santé

Increasing inclusion and transparency in an open strategy (OS) process: The case of an intervention research in a healthcare organization

Incrementar la inclusión y la transparencia en un proceso de estrategia abierta: intervención-investigación en un servicio de salud

Didier Grandclaude

EM Strasbourg Business School, Université de Strasbourg,
HuManiS EA 7308, 67000 STRASBOURG, France
didier.grandclaude@em-strasbourg.eu

Thierry Nobre

EM Strasbourg Business School, Université de Strasbourg, HuManiS
EA 7308, 67000 STRASBOURG, France
thierry.nobre@em-strasbourg.eu

RÉSUMÉ

Cet article présente le dispositif méthodologique d'une recherche intervention qui développe une démarche de stratégie ouverte dans une organisation de santé. La recherche décrit l'ensemble des outils mobilisés pour améliorer l'inclusion et la transparence dans la réflexion stratégique dans le contexte particulier d'une organisation de santé au travail. Cette analyse longitudinale souligne les apports d'une démarche de stratégie ouverte, notamment sur le plan managérial et culturel. Les résultats observés montrent effectivement une évolution du management vers plus de pluridisciplinarité, dans un contexte organisationnel pourtant marqué traditionnellement par des clivages entre acteurs.

Mots-Clés : Stratégie Ouverte, Recherche Intervention, Organisation de Santé, Inclusion, Transparence, Pluridisciplinarité

Abstract

This paper presents the methodological approach of an intervention research that develops an open strategy process in a healthcare organization. The research describes all the tools mobilized to improve inclusion and transparency in strategic thinking in the specific context of an occupational health service. This longitudinal analysis highlights the benefits of an open strategy approach, particularly at the managerial and cultural levels. The results observed effectively show an evolution of management towards more multidisciplinary, in an organizational context yet marked by divisions.

Keywords: Open Strategy, Intervention Research, Healthcare Organization, Inclusion, Transparency, Multidisciplinary

Resumen

Este artículo presenta el dispositivo metodológico de una investigación de intervención que desarrolla un proceso de estrategia abierta en una organización de salud. La investigación describe todas las herramientas movilizadas para mejorar la inclusión y la transparencia en el pensamiento estratégico en el contexto específico de una organización de salud ocupacional. Este análisis longitudinal destaca los beneficios de un enfoque de estrategia abierta, particularmente a nivel gerencial y cultural. Los resultados observados muestran efectivamente una evolución de la gestión hacia una mayor multidisciplinariedad, en un contexto organizacional marcado por divisiones.

Palabras clave: Estrategia Abierta, Intervención-Investigación, Servicio de Salud, Inclusión, Transparencia, Multidisciplinariedad



Les recherches sur la Stratégie Ouverte (SO) constituent un courant de recherche récent (Hautz *et al.*, 2017; Tavakoli *et al.*, 2017; Dobusch *et al.*, 2019). La SO se définit par l'amélioration de l'inclusion et de la transparence dans les questions stratégiques (Whittington *et al.*, 2011). Plus précisément, l'inclusion vise la co-construction de la stratégie par l'intégration de parties prenantes internes et externes dans les réflexions. La transparence porte sur la visibilité des informations stratégiques (Baptista *et al.*, 2017; Gegenhuber et Dobusch, 2017; Hautz *et al.*, 2017; Mack et Szulanski, 2017).

En général, les recherches sur les pratiques SO s'intéressent surtout aux très grandes entreprises qui parviennent, grâce au déploiement de moyens technologiques, à engager le débat stratégique auprès de leurs parties prenantes (Wood et Bjelland, 2008; Stieger *et al.*, 2012; Renault et Boutigny, 2013; Appleyard et Chesbrough, 2017). Pour plusieurs chercheurs, cette approche est néanmoins incomplète et il est à présent nécessaire de dépasser ce cadre Grande Entreprise-Technologie pour multiplier les recherches sur les différentes pratiques ouvertes dans des contextes organisationnels diversifiés (Birkinshaw, 2017; Hautz *et al.*, 2017).

A cette fin, cette recherche analyse la conduite d'une démarche SO dans une organisation de santé. Etudier l'amélioration de l'inclusion et de la transparence dans les processus stratégiques de ce type d'organisation semble particulièrement riche. D'un côté, les approches inclusives sont identifiées comme des pistes majeures pour faire face aux défis des systèmes de santé (Programme National de Santé Publique 2015-2025; FHF, 2018; Plan de santé 2022). Mais, d'un autre côté, les organisations de santé sont aussi considérées comme des bureaucraties professionnelles, qui présentent de nombreux clivages entre les activités et des divisions entre les acteurs, parfois hermétiques à l'idée de collaborer et de se coordonner (Mintzberg, 1986; Glouberman et Mintzberg, 2002; Zardet *et al.*, 2011). Dans la lignée de ces réflexions, cette recherche pose donc la question suivante : quels outils peuvent être mobilisés, et avec quels résultats, pour améliorer l'inclusion et la transparence d'une démarche SO dans le contexte particulier d'une organisation de santé ? Pour répondre à cette interrogation, une Recherche Intervention (RI) longitudinale est conduite, pendant un an, dans une organisation de santé au travail d'une centaine de salariés. L'objectif assigné à cette RI est de parvenir à élaborer, en mode ouvert, le plan stratégique futur, en l'espèce nommé projet de service, à horizon temporel n+3.

La première partie de l'article développe une revue de littérature, en insistant sur les difficultés présumées des approches SO dans le contexte particulier des organisations de santé. L'approche méthodologique de l'intervention est ensuite présentée avant l'exposé des résultats, qui soulignent, outre la dynamique de la démarche de SO, les résultats attendus et induits de l'approche. Une discussion conclut la présentation de cette recherche.

Stratégie Ouverte (SO) : vers un nouveau paradigme ?

La définition des principaux concepts de la SO permet d'abord d'élaborer une grille de lecture dynamique d'une démarche SO. Ensuite, les risques de ce type de démarche sont présentés, pour, finalement, exposer le cas particulier de la SO dans les organisations de santé.

La SO : de quoi parle-t-on ?

Inclure des acteurs de terrain dans des approches collaboratives du management n'est pas foncièrement nouveau. Plusieurs approches, notamment les opérateurs experts du Lean Management et le modèle du management socio-économique, préconisent d'élargir le dialogue avec les collaborateurs et le top management des organisations (Alves *et al.*, 2012; Savall, 1979; Savall et Zardet, 2010, p. 255). Pour autant, la SO se distingue aussi de ces modèles sur plusieurs aspects. Une première particularité de la SO est de se focaliser sur la pratique et l'élaboration de la stratégie par des acteurs internes, externes, des managers et des consultants (Whittington *et al.*, 2011). Par conséquent, la SO n'est pas restreinte à une activité spécifique, mais elle ne propose pas, non plus, une approche globale des méthodes de management. En outre, la SO met en lumière les concepts d'inclusion et de transparence, que les autres approches intègrent, mais de façon implicite. Enfin, la SO contient une dimension technologique, très certainement liée à la récence du concept, peut-être plus marquée que dans les autres approches collaboratives du management. Ces particularités, outre le fait que ce soit les organisations elles-mêmes qui initient un ensemble de pratiques SO, rendent le concept particulièrement digne d'intérêt (Stadler *et al.*, 2021).

La SO trouve sa source dans une déclinaison du concept d'innovation ouverte dans le domaine du management stratégique (Chesbrough, 2003; Chesbrough et Appleyard, 2007). Par la suite, Whittington *et al.* (2011) en stabilisent la définition : la SO rassemble des pratiques stratégiques inclusives et transparentes pour mieux répondre aux évolutions de l'environnement et des organisations. La SO dépasse ainsi le paradigme, peu ou prou conventionnel, selon lequel la stratégie est élitiste et secrète (Dobusch *et al.*, 2015; Birkinshaw, 2017). De façon détaillée, l'inclusion se définit par la consultation d'acteurs internes et externes à l'organisation pour coconstruire les processus stratégiques (Hautz *et al.*, 2017). Originellement, Whittington *et al.* (2011, p. 536) considèrent l'inclusion comme la simple participation de diverses parties prenantes aux conversations stratégiques. D'autres auteurs font une distinction entre inclusion et participation. Pour Mack et Szulanski (2017), le concept d'inclusion renvoie aux travaux de Quick et Feldman (2011). Selon cette perspective, l'inclusion se définit par la création et le maintien, en interaction, d'une communauté de parties prenantes engagées tout au long du processus stratégique. Compte tenu de ces différentes approches de l'inclusion et de la participation et, pour ne pas prêter à confusion, une seule terminologie est privilégiée dans la suite

de cette recherche : l'inclusion. Le second concept principal de la SO, la transparence, se définit, quant à lui, par l'accessibilité au contenu et par la visibilité des informations dans les phases d'élaboration, de formulation, de résultats de la stratégie élaborée (Baptista *et al.*, 2017; Gegenhuber et Dobusch, 2017; Mack et Szulanski, 2017).

La SO rassemble ainsi un éventail étendu de pratiques (Dobusch et Gegenhuber, 2017) : communication de la stratégie en public; implication d'une large audience de parties prenantes; utilisation de logiciels sociaux. Sur ce point, certains auteurs intègrent l'exploitation d'outils numériques dans la définition de la SO, tandis que d'autres évoquent la technologie comme un simple moyen pour renforcer l'inclusion et la transparence (Whittington *et al.*, 2011; Tavakoli *et al.*, 2017).

Proposition d'une grille de lecture dynamique d'une démarche SO

A partir d'une synthèse de la littérature, une grille de lecture d'une démarche SO peut être élaborée et proposée dans le tableau 1. Cette grille d'analyse rassemble les éléments constitutifs d'une démarche SO et en observe plusieurs caractéristiques. Tout d'abord, la première ligne décrit le dispositif méthodologique mobilisé à un niveau conceptuel, c'est-à-dire en lien avec l'outillage mobilisé dans le cadre d'une logique de raisonnement stratégique classique (Laroche et Nioche, 2015) et à un niveau contextuel, c'est-à-dire comment ces outils sont mobilisés dans l'organisation. La stratégie inclut effectivement plusieurs outils conceptuels qui constituent une part importante du travail d'analyse stratégique (Clarks, 1997, p.417; Jarzabkowski et Kaplan, 2015; Vuorinen *et al.*, 2018). Dans le cadre d'une démarche SO, un premier point important est donc de préciser quels outils sont utilisés et comment ils sont adaptés dans le contexte de l'organisation observée. Cette perspective permet d'indiquer quelle phase et quelle question stratégique sont interrogées et comment l'organisation y répond concrètement sur un plan méthodologique et technologique.

Les caractéristiques de l'inclusion sont ensuite présentées, en matière de catégories et de nombre d'acteurs inclus, de la nature et de l'intensité de l'inclusion. Sur ce point, il est important de souligner que les recherches, jusqu'à présent, privilégient une vision positive selon laquelle les participants à une démarche SO sont plutôt motivés, volontaires et actifs (Hutter *et al.*, 2017; Smith *et al.*, 2018).

Finalement, les caractéristiques de la transparence sont développées autour de trois points : la catégorie d'acteurs concernés par la transparence, l'origine communicationnelle de la transparence, ascendante ou descendante, et les objectifs stratégiques de la transparence, le processus et/ou le contenu.

Face aux risques de l'ouverture, une impérieuse nécessité de réflexion sur la méthode

La SO présente de nombreux bénéfices. Un meilleur engagement des parties prenantes, une génération d'idées créatives, un accès plus large à la connaissance, la création d'une identité collective, une légitimation des décisions prises, une augmentation de la performance financière constituent les principaux avantages identifiés dans la littérature (Hautz *et al.*, 2017; Tavakoli *et al.*, 2017, p.172). En parallèle, la SO présente également des risques (Birkinshaw, 2017; Hautz *et al.*, 2017).

Les pratiques ouvertes réduisent la vitesse et le contrôle sur l'ensemble du processus de décision (Ashmos *et al.*, 2002; Collier *et al.*, 2004; Gegenhuber et Dobusch, 2017).

L'augmentation d'informations peut nuire à la compréhension des situations (Hautz *et al.*, 2017). Pour Saile *et al.* (2017), la SO est ainsi consommatrice de ressources, temporelles, humaines, financières. En outre, la SO crée des attentes difficiles à satisfaire chez les employés et peut générer des frustrations (Stieger *et al.*, 2012; Birkinshaw, 2017). De même, la transparence expose l'organisation à la concurrence (Appleyard et Chesbrough, 2017; Tavakoli *et al.*, 2017). Pour Vanhaverbeke *et al.* (2017), la SO est plus visible et moins secrète. Elle est aussi moins spécifique compte tenu de la mobilisation d'intermédiaires qui proposent parfois des solutions générales standardisées et peu adaptées au contexte organisationnel. Enfin, les débats peuvent être improductifs sachant que les participants ne sont pas nécessairement experts de la pensée stratégique (Aten et Thomas, 2016; Saile *et al.*, 2017).

Face à ces risques, une impérieuse nécessité de réflexion sur les approches méthodologiques d'ouverture s'impose, notamment pour approfondir la façon dont les organisations gèrent ces obstacles (Hautz *et al.*, 2017; Malhotra *et al.*, 2017; Grandclaude et Nobre, 2020; Nobre et Grandclaude, 2021).

Dans cette perspective, la plupart des cas documentés dans la littérature se concentrent sur des grandes organisations qui déploient des solutions technologiques telles que des plateformes et des blogs : Daimler, HypoVereinsbank, IBM, Red Hat, Wikimedia. D'autres recherches, conduites dans les Entreprises de Taille Intermédiaire, insistent sur la nécessité de mobiliser une double approche, en matière d'appareillage méthodologique pour faciliter l'inclusion et de règles de fonctionnement, pour encourager la transparence (Grandclaude et Nobre, 2020; Nobre et Grandclaude, 2021).

Pour conclure cette présentation de la SO dans les recherches en sciences de gestion, il est important de préciser que la SO demeure un idéaltype, au même titre qu'une stratégie fermée (Tavakoli *et al.*, 2017). Une inclusion extrême signifierait la participation de toutes les parties prenantes à l'ensemble des processus stratégiques, ce qui demeure un objectif quasiment inatteignable. Une transparence extrême reviendrait à communiquer toute la stratégie, à tout le monde, ce qui n'est ni nécessairement souhaitable, ni concrètement faisable.

La SO dans le contexte particulier des organisations de santé

Les travaux qui s'intéressent aux approches collaboratives dans le domaine des organisations de santé n'ont pas encore, à notre connaissance, étudié les pratiques de SO. Plusieurs travaux portent sur l'Innovation Ouverte (IO) en santé et montrent comment certaines expérimentations contribuent à répondre aux enjeux multiples de la santé : développement de la prévention, maladies chroniques, vieillissement de la population... (Grenier, 2015; Grenier *et al.*, 2021; Merindol *et al.*, 2021). Or les concepts d'IO et de SO, même si le second concept est initialement décliné du premier, se distinguent. Pour Whittington *et al.* (2011), la SO diffère de l'IO, premièrement parce que la destination de l'ouverture n'est pas seulement externe, mais, vouée à l'inclusion des acteurs qui sont traditionnellement exclus, en interne, des activités stratégiques. Deuxièmement, l'IO est particulièrement appropriée au domaine des entreprises hautement technologiques, tandis que la SO implique davantage toutes les formes d'organisation. Enfin, alors que l'IO semble parée de toutes les vertus, la SO peut présenter autant d'opportunités que de menaces pour l'organisation qui la met en place (Hautz *et al.*, 2017; Saile *et al.*, 2017; Vanhaverbeke *et al.*, 2017).

TABLEAU 1

Proposition d'une grille de lecture d'une démarche SO

Éléments constitutifs d'une démarche SO				Principaux auteurs
Étapes du processus stratégique	Dispositif méthodologique mobilisé	Conceptuel	Contextuel	Ansoff (1957); Learned <i>et al.</i> (1965); Porter (1980); Barney (1991); Teece <i>et al.</i> (1997); Osterwalder et Pigneur (2010); Chesbrough (2010)
		Outils de diagnostic ¹ : Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces (FFOM)/Outils de prise de décision : Matrice d'Ansoff; Business Model, ...	Questionnaire via logiciel d'administration d'enquête, Groupes de travail...	
Caractéristiques de l'inclusion	Catégories d'acteurs inclus	Parties Prenantes internes	Parties prenantes externes	Chesbrough et Appleyard (2007); Whittington <i>et al.</i> (2011); Hautz <i>et al.</i> (2017)
		Cadres, managers intermédiaires, Employés...	Fournisseurs, clients, communauté...	
	Nombre d'acteurs inclus	D'un nombre faible --- (peu d'acteurs inclus) à un nombre plus important +++ (de nombreux, voir tous les acteurs internes inclus)	D'un nombre faible --- (peu d'acteurs externes inclus) à un nombre plus important +++ (de nombreux acteurs externes inclus)	Stieger <i>et al.</i> (2012); Matzler <i>et al.</i> (2016); Hautz <i>et al.</i> (2017)
		Guidée	Spontanée	
Nature de l'inclusion	Par questions thématiques semi-ouvertes, échelle, fermées...	Par brainstorming, retour d'expérience...	Peu de travaux dans le cadre de la SO; peut renvoyer néanmoins à la littérature sur les communautés de pratiques spontanées et pilotées (Brown et Duguid, 1991; Lave et Wenger, 1991; Cohendet <i>et al.</i> , 2010)	
	Passive	Active		
Intensité de l'inclusion	Inclusion passive : les acteurs sont inclus dans les dispositifs SO, mais sans pour autant intervenir, ni réagir, ni être force de proposition	Inclusion active : les acteurs sont inclus dans les dispositifs SO, interviennent, réagissent, sont forces de proposition	En dehors des travaux de Hutter <i>et al.</i> (2017), ceux de Smith <i>et al.</i> (2018), la plupart des recherches privilégient l'hypothèse d'une inclusion active dans les processus SO (Gegenhuber et Dobusch, 2017; Smith <i>et al.</i> , 2018).	
Caractéristiques de la transparence	Catégories d'acteurs concernés par la transparence	Parties prenantes internes	Parties prenantes externes	Dobusch et Gegenhuber (2015); Yakis-Douglas <i>et al.</i> , (2017).
		Cadres, managers intermédiaires, employés...	Fournisseurs, clients, communauté...	
	Origine communicationnelle de la transparence	Ascendante	Descendante	Peu de travaux identifiés portant sur l'origine communicationnelle de la transparence
Employés vers direction, clients vers direction...		Direction vers employés, clients...		
Objectifs stratégiques de la transparence	Processus	Contenu	Whittington <i>et al.</i> (2011); Hautz <i>et al.</i> (2017)	
		La transparence est relative au processus de formulation de la stratégie		La transparence porte sur le contenu de la stratégie élaborée

Pour ces raisons, et pour la spécificité du domaine de la santé, appréhender les pratiques de SO dans le contexte des organisations de santé s'avère particulièrement intéressant. Même si les travaux sur l'IO montrent que l'élargissement du spectre des parties prenantes dans le secteur de la santé est engagé, les organisations de santé sont aussi réputées pour être propices à l'existence de clivages organisationnels et à la division des acteurs. Pour Grenier *et al.* (2021), le discours récurrent souligne les caractéristiques d'un secteur de la santé fragmenté et cloisonné, subissant les contraintes imposées par les autorités publiques. Merindol *et al.* (2021) évoquent la culture d'innovation, la législation, le processus et les pratiques issus de la recherche clinique qui ne facilitent pas l'ouverture. Pour Glouberman et Mintzberg (2002) déjà, le système de santé est effectivement cloisonné, constitué de 4 mondes distincts qui ne parviennent pas à travailler ensemble : les mondes du traitement, des soins, de la gestion et de la

communauté médicale. Zardet *et al.* (2011) observent l'existence de ces clivages au niveau de l'établissement, entre les personnels soignants et administratifs, entre les services, qui sont hermétiques à la transversalité et fonctionnent en silo, au sein même des services et entre le corps médical et le personnel soignant.

Pour pallier ces problématiques, une dynamique d'approches inclusives est encouragée dans les programmes de santé, qui motivent l'accentuation des relations interprofessionnelles et des collaborations inter-organisationnelles (Programme National de Santé Publique 2015-2025 pour le cas du Québec, Plan Santé 2022 pour le cas de la France). Sur ce point, la circulaire d'août 2021 de la direction générale de l'offre de soins est particulièrement représentative. Tout au long du document est rappelée la nécessité de partager les décisions et d'élargir l'inclusion des parties prenantes dans la gouvernance des organisations de santé.

1. Ces outils sont donnés à titre d'exemple.

En synthèse, comme pour d'autres formes d'organisations, une meilleure connexion à l'environnement stimule la mobilisation de pratiques ouvertes dans les stratégies des organisations de santé. Pour autant, en raison des clivages et des divisions entre acteurs existant au sein de ce contexte organisationnel particulier, une nécessaire réflexion sur les approches méthodologiques permettant de faire collaborer les acteurs de ces organisations, s'impose.

Dispositif méthodologique

Plusieurs raisons motivent le choix de la RI. Compte tenu de l'objet de recherche qui concerne des processus ultraconfidentiels, il était nécessaire de pénétrer au cœur de la fabrique de la stratégie. La RI permet précisément de franchir ces obstacles d'accessibilité et, par sa démarche ethnographique, elle conduit le chercheur à pénétrer en immersion pour accompagner une transformation des organisations (Savall et Zardet, 1996; Krief et Zardet, 2013; Moisdon, 2010, p. 213; Moisdon, 2015; Aggeri, 2016). Les méthodes de RI supposent de très fortes interactions avec les acteurs de terrain pour coproduire des connaissances praxéologiques, utiles pour résoudre des problèmes organisationnels concrets, et théoriques, contribuant au développement des sciences de gestion (Savall et Zardet, 2004; Perez, 2008; Cappelletti, 2010). Par conséquent, la RI semble particulièrement appropriée pour l'observation scientifique de la SO. D'une part, les pratiques de SO suggèrent un ensemble important d'interrelations entre les acteurs et les managers des organisations qui nécessite d'être fouillé. D'autre part, la SO, pour éviter les risques mentionnés, implique une profonde réflexion en matière de dispositifs méthodologiques. Or, la RI utilise la conception et la mise en œuvre d'outils de gestion comme dispositif de connaissance (David, 2000; Savall et Zardet, 2004).

Terrain de recherche

Alpha Santé² (AS) est une association française qui a pour objet l'organisation et la gestion du service interentreprises de santé au travail. Elle regroupe 9000 entreprises. Comme l'indique la loi, AS est administrée par un Conseil d'Administration (CA). Il est composé paritairement de 9 chefs d'entreprises, désignés par les organisations patronales, et de 9 salariés, désignés par les syndicats de salariés. L'effectif d'AS est de 91 salariés au début de la RI en septembre 2020, puis de 110 salariés à la fin de la RI, à la suite de l'intégration d'un nouveau centre. AS se décline en 8 centres médicaux de proximité, 1 service de prévention, 1 siège administratif, 1 service de prévention et de santé au travail. Au sein de chaque centre, évoluent trois principaux métiers : 28 médecins du travail; 14 infirmier(les) de santé au travail; 31 assistant(les) de santé au travail. En complément, l'activité s'appuie également sur 4 ingénieurs (Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP)), 1 assistante du service Prévention, 1 psychologue du travail, 2 chargées de relations, préventions et communication, 1 documentaliste, 1 assistant de service social, les fonctions supports et la direction, répartis sur l'ensemble des services. Les principales activités d'AS peuvent se décomposer en deux points : les activités purement réglementaires; la réalisation d'études (analyse des postes de travail, analyse du bruit...). Ses principaux clients se répartissent également en deux types d'adhérents : les entreprises, qui versent un pourcentage de leur masse salariale; le salarié, qui bénéficie de l'ensemble des services. Pour compléter la description de l'organisation d'AS, il faut souligner la

présence d'une commission médicoteknique (CMT). Selon les textes réglementaires, la CMT peut être consultée sur toutes les questions relatives aux compétences pluridisciplinaires au sein d'un service de santé au travail. La RI décrite consiste ainsi en une collaboration étroite avec l'ensemble des acteurs de l'organisation et de ses entités institutionnelles, CA, Commission de contrôle, Comité Sociale Economique³ et CMT. En conclusion, les caractéristiques présentées montrent qu'AS, bien que n'étant pas un hôpital ou un établissement médico-social, possède l'ensemble des spécificités des organisations de santé énoncées plus haut. En effet, elle est composée de trois groupes professionnels aux logiques et aux valeurs différenciées, le corps médical, le personnel soignant, la direction avec ses fonctions supports. Ses activités et sa mission sont par ailleurs centrées sur l'amélioration de la santé des individus.

Collecte des données

Pour la présentation de la collecte des données, seules sont présentées les principales phases du déroulé de la RI. L'annexe 1 complète cette présentation puisqu'elle développe de façon beaucoup plus détaillée chacune des étapes de collecte.

Motivations et convention d'intervention

La collecte des données se déroule entre septembre 2020 et juin 2021. La démarche SO est initiée en septembre 2020 lors d'un séminaire de présentation à l'ensemble des acteurs de l'organisation. La convention d'intervention privilégie une démarche de SO, le dirigeant souhaitant impliquer l'ensemble de son organisation dans la réflexion du projet de service N+3. Ce projet doit non seulement répondre aux enjeux de l'environnement des organisations de santé au travail, mais doit aussi contribuer aux évolutions internes, managériales et organisationnelles. Ensemble, les chercheurs et le dirigeant co-construisent un protocole méthodologique privilégiant l'inclusion et la transparence vis-à-vis de l'ensemble des parties prenantes d'AS. Cette vision ouverte de la stratégie ne répond pas de la volonté de reproduire une mode managériale (Midler, 1986, Abrahamson, 1996), mais de la détermination du dirigeant à accélérer un profond changement culturel. Précédemment, AS a effectivement été gérée selon un mode de management plutôt autoritaire. Le dirigeant souhaite faire table rase de ce passé managérial en favorisant la transversalité et en développant la coopération au sein de l'organisation.

Phase de Diagnostic

Pour cette raison, la décision est prise de mobiliser, pour le diagnostic interne de l'organisation une version adaptée du diagnostic socio-économique de Savall et Zardet (2010). Compte tenu des critères de performance de l'association, il ne s'agit pas de calculer les coûts et les performances cachés, mais plutôt de formaliser, en mobilisant les acteurs, une analyse organisationnelle qualitative des dysfonctionnements. Afin d'adopter, néanmoins, une vision plus équilibrée des points forts et des points faibles de l'organisation, le diagnostic interne est complété par des entretiens collectifs focalisés, conduits cette fois auprès des usagers, adhérents et salariés. Conséquemment, le diagnostic stratégique réalisé s'appuie sur 49 entretiens conduits auprès des 91 collaborateurs d'AS et sur 3 entretiens collectifs focalisés menés auprès de 37 usagers. A cette occasion, 912 phrases témoins pour les entretiens individuels et 326 pour les entretiens collectifs, sont recueillies. Pour compléter ce diagnostic, plusieurs réunions sont organisées avec

2. Alpha Santé est le nom anonymisé de l'organisation étudiée.

3. Le CSE n'est pas présenté de façon détaillé ici, il s'agit de l'organisation, nommée précédemment Comité d'Entreprise, d'Alpha Santé.

les membres de la CMT, soit 16 personnes, notamment pour identifier la mission, la vision, les valeurs et analyser les enjeux environnementaux de l'organisation. Le contenu de ces réunions est synthétisé sur des présentations PowerPoint.

Effet miroir

Plusieurs réunions sont organisées selon le principe de l'effet miroir (Savall et Zardet, 2010). Il s'agit ainsi de présenter, puis de faire valider, par consensus, l'image de l'organisation. Le diagnostic organisationnel conduit est, à ce titre, présenté à l'ensemble des acteurs de l'organisation, à la CMT et au CA pour une restitution des informations collectées auprès des différents acteurs. Selon le principe de l'avis d'expert (Savall et Zardet, 2010), les chercheurs relativisent ensuite certains faits organisationnels pour proposer des pistes en différenciant bien leur propre analyse de celle résultant des informations brutes des acteurs. S'ensuivent des échanges avec les participants lors de chacune des réunions.

Choix stratégiques

Sur la base du diagnostic réalisé, les grandes orientations stratégiques ont d'abord été décidées par l'ensemble des membres de la CMT, puis validées par le CA. Par la suite est mis en place un comité de pilotage, dont les six pilotes, un par axe stratégique, sont nommés par la direction. Six groupes projet sont alors ouverts à tous les membres de l'organisation, sur la base du volontariat. En complément de cette potentielle participation à un groupe projet, chaque acteur peut également s'exprimer via une boîte à idées numérique. Après plusieurs réunions de définition du contenu des axes stratégiques, le projet de service est présenté en CMT, puis au CA et à la commission de contrôle, avant d'être dévoilé à l'ensemble des acteurs de l'organisation, le 11 juin 2021.

Implémentation du projet de service

Le suivi de l'avancement du projet de service repose sur des réunions du comité de pilotage et l'emploi de tableaux de bord classiquement mobilisés pour la mise en œuvre des plans stratégiques. Dans une perspective de SO, ce suivi s'accompagne en outre de la diffusion à l'ensemble des acteurs de l'organisation d'un journal interne, nommé l'épopée du projet de service. A ce jour, deux publications sont éditées, en octobre 2021 et en janvier 2022. Pour compléter le descriptif du matériau collecté présenté dans l'annexe 1, il convient aussi de mentionner les échanges de mails, de séances de préparation et de débriefing, qui réunissent le dirigeant d'AS et les chercheurs.

Analyse des données

Deux guides d'entretien sont mobilisés (Annexe 2 et 3), l'un en interne, avec les acteurs de l'organisation, l'autre en externe, avec les adhérents et les salariés, pour développer une vision panoramique et exhaustive des dysfonctionnements et des perceptions positives d'AS. L'analyse des entretiens internes suit d'abord l'approche créée et mise au point par Henri Savall avec la participation de l'équipe de l'ISEOR (Savall et Zardet, 2010). L'analyse du matériau empirique collecté lors des phases de diagnostic organisationnel se schématise ainsi selon l'arborescence : thèmes, qui reprennent les six domaines de dysfonctionnements du modèle d'analyse socio-économique identifiés dans l'annexe 2; des sous-thèmes, des idées clefs et des phrases-témoins. L'encadré 1 présente un exemple d'articulation entre thèmes, sous-thèmes, idées clefs et phrases témoins, un indicateur de la fréquence dysfonctionnelle étant également donné.

Encadré 1 - Méthode d'analyse des entretiens

Thèmes : Conditions de travail

Sous-thèmes : Matériel et fournitures

Idées clefs : Il manque du matériel

Fréquence des idées clefs : Parfois

Phrases témoins :

- « On n'a plus de matériels pour faire la vue, l'audition. L'info est remontée depuis des semaines. »
- « Il y a 6 rdv à 8 heures. Avec le visiosmart, c'est 10 mn par rdv, soit une heure. Au plus rapide, il y a un médecin qui a son premier rdv à 9 heures. »
- « Ça crée des tensions, il y a eu une réunion d'urgence. Les médecins sont énervés parce qu'ils doivent attendre. »
- « Hier, j'ai attendu 40 mn un patient, avec un seul appareil, ça prend trop de temps. »
- « Cette problématique d'appareils entraîne des tensions entre les personnes. »
- « On est tous sur les mêmes appareils pour les examens complémentaires. »

Une même approche en matière de thèmes, sous-thèmes, idées clefs et phrases témoins est adoptée pour le traitement de la retranscription des focus groups avec les adhérents et salariés. L'encadré 2 montre cette étape.

Encadré 2 - Méthode d'analyse des entretiens des focus groups

Thèmes : Avantages et inconvénients perçus de l'expérience d'utilisateur des services d'Alpha Santé

Sous-thèmes : Fréquence des contacts

Idées clefs : Les adhérents considèrent qu'ils ne sont pas suffisamment en contact avec la santé au travail

Phrases témoins :

- « Depuis au moins 2016, on ne voit plus personne. »
- « Depuis que tout est regroupé, on n'est plus informé. Je suis toujours obligé d'appeler la secrétaire. »

Pour le reste de l'analyse, la grille de lecture proposée dans le tableau 1 est mobilisée. Elle permet de décrire les phénomènes d'inclusion et de transparence en fonction des étapes décrites dans le tableau 2.

Résultats

Après une présentation descriptive de la dynamique de l'inclusion et de la transparence lors des phases de diagnostic et de choix, l'analyse souligne la double nature des résultats, attendus et induits. Parmi les résultats attendus, il est important de souligner que le plan stratégique a été élaboré dans les délais impartis, ce, nonobstant la période troublée par le contexte pandémique qui aurait pu altérer ce résultat. Par ailleurs, le plan stratégique répond aux dysfonctionnements identifiés dans l'état des lieux. Finalement, il fait consensus auprès des diverses parties prenantes de l'organisation. Les résultats induits indiquent quant à eux, une triple évolution : stratégique, organisationnelle et culturelle. Ces deux catégories de résultats les plus significatifs sont complétés, pour une plus grande exhaustivité des résultats obtenus, par la proposition d'un tableau de synthèse détaillé qui souligne les principaux apports et les principales difficultés des outils et dispositifs mobilisés durant le processus SO.

Dynamique de l'inclusion et de la transparence

Pour montrer la dynamique de l'inclusion et de la transparence lors des phases stratégiques, est présentée une sélection de trois étapes, le diagnostic organisationnel interne par entretiens individuels, la réunion plénière de restitution de ce même diagnostic et la réunion de définition des axes stratégiques par la CMT. Ces trois exemples permettent de tirer des conclusions sur la dynamique de l'inclusion et de la transparence d'une démarche SO (tableau 2, 3, 4).

Trois principales conclusions peuvent être tirées de l'observation de la dynamique de l'inclusion et de la transparence. En premier lieu, l'inclusion peut être mesurée en interne en fonction du nombre de participants par rapport à l'effectif global. Dans cette perspective, il faut également souligner que les organisations sont composées d'acteurs, mais également d'instances représentatives intégrant des membres élus. L'inclusion,

lors d'une démarche SO, peut ainsi présenter un caractère direct, avec l'inclusion des acteurs individuels, mais également indirect, avec l'inclusion de membres élus qui représentent une catégorie d'acteurs de l'organisation. Dans un second temps, il convient de bien distinguer la dynamique de l'inclusion active de la dynamique de l'inclusion passive. Faire une session de présentation devant 100 pourcent de l'organisation n'implique pas nécessairement de vives réactions, alors que de petits groupes de travail induisent une plus forte implication. Une démarche SO est ainsi constituée de plusieurs phases, inclusives passives et inclusives actives. Ces phases pourraient aussi être déclinées en inclusion directe active et inclusion indirecte active etc. Enfin, la transparence peut se répartir en deux catégories, ascendante et descendante. Cette transparence peut elle-même être directe ou indirecte, selon que l'information est diffusée par ou pour l'ensemble de l'organisation, ou par ou pour un nombre de membres élus.

TABEAU 2
Dynamique de l'inclusion et de la transparence du diagnostic organisationnel interne

Etape du processus stratégique	Diagnostic Organisationnel interne		
	Dispositif méthodologique mobilisé	Contextuel	Conceptuel
		Entretiens semi-directifs	Analyse socio-économique (Savall et Zardet, 2010)
Caractéristiques de l'inclusion	Catégorie d'acteurs inclus	Parties Prenantes internes 13 Assistant(e)s; 15 Médecins du Travail; 9 infirmier(e)s; 3 IPRP; 1 psychologue; 8 membres du siège et des services supports	
	Nombre d'acteurs inclus	Très importante +++ : 49 acteurs interrogés sur un effectif de 91 soit 53 % du total de l'organisation	
	Nature de l'inclusion	Guidée Par le guide d'entretien interne développé en Annexe 2	
	Intensivité de l'inclusion	Active Les acteurs interrogés sont loquaces et enthousiastes pour partager leurs perceptions de l'organisation	
			Parties prenantes internes
Caractéristiques de la transparence	Catégorie d'acteurs concernés par la transparence	Les acteurs inclus dans la phase d'entretiens transmettent des informations aux chercheurs qui seront relayées ensuite à l'ensemble de l'organisation	
	Origine communicationnelle de la transparence	Ascendante Les acteurs de l'organisation sont interrogés et peuvent s'exprimer, y compris sur le mode de management de la direction	
	Objectifs stratégiques de la transparence	Contenu L'objectif est de mieux cerner les dysfonctionnements organisationnels dans une perspective de choix et d'actions stratégiques	

TABEAU 3
Dynamique de l'inclusion et de la transparence de la réunion de restitution du diagnostic

Etape du processus stratégique	Réunion plénière de restitution du diagnostic organisationnel interne		
	Dispositif méthodologique mobilisé	Contextuel	Conceptuel
		Support Powerpoint, Présentation orale des chercheurs sur le diagnostic organisationnel. Le directeur d'Alpha Santé présente le processus d'élaboration du projet de service.	Effet miroir (Savall et Zardet, 2010)
Caractéristiques de l'inclusion	Catégories d'acteurs inclus	Parties prenantes internes Ensemble des membres de l'organisation, du siège comme des centres	
	Nombre d'acteurs inclus	Très important +++ : 100 % des acteurs de l'organisation sont présents	
	Nature de l'inclusion	Spontanée A la suite de la présentation du diagnostic, sont proposés des temps de réactions, de questions, de commentaires.	
	Intensité de l'inclusion	Passive puis active Les acteurs écoutent la restitution puis sont amenés à réagir face à la présentation	
			Parties prenantes internes
Caractéristiques de la transparence	Catégorie d'acteurs concernés par la transparence	Ensemble des membres de l'organisation, du siège comme des centres	
	Origine communicationnelle de la transparence	Descendante Ce sont les chercheurs et le dirigeant d'Alpha Santé qui diffusent principalement l'information avant de recueillir les réactions	
	Objectifs stratégiques de la transparence	Processus Faire prendre conscience aux acteurs des problématiques internes pour engager les réflexions sur le contenu de la stratégie	

TABLEAU 4

Dynamique de l'inclusion et de la transparence de la réunion de décision des axes stratégiques

Etape du processus stratégique	Réunion CMT de décision des axes stratégiques		
	Dispositif méthodologique mobilisé	Contextuel	Conceptuel
		Travail d'idéation de groupe sur Paperboard puis tri et catégorisation	Modèle de démarche d'analyse stratégique
Caractéristiques de l'inclusion	Catégorie d'acteurs inclus	Parties Prenantes internes Membres de la CMT	
	Nombre d'acteurs inclus	Peu important : + (17% de l'effectif total) directement. Indirectement, l'inclusion est importante : la CMT est composée de 16 représentants titulaires et 7 suppléants qui sont élus et représentatifs de l'ensemble des acteurs de l'organisation	
	Nature de l'inclusion	Guidée/Spontanée Les membres de la CMT s'appuient sur le diagnostic organisationnel, le diagnostic des adhérents et sur une analyse des besoins en santé au travail pour prendre leurs décisions. Pour les idées proposées, il n'y a, en revanche, aucun contenu préétabli.	
	Intensité de l'inclusion	Active Importante : les membres de la CMT ont été particulièrement impliqués dans l'exercice	
Caractéristiques de la transparence	Catégorie d'acteurs concernés par la transparence	Parties prenantes internes Les axes stratégiques définis par la CMT concernent l'ensemble de l'organisation	
	Origine communicationnelle de la transparence	Ascendante Les membres de la CMT s'appuient sur des travaux dont les origines sont le discours des acteurs et des adhérents de l'organisation.	
	Objectifs stratégiques de la transparence	Contenu L'étape est cruciale pour l'élaboration du contenu du projet de service	

Les résultats attendus, l'atteinte d'un ensemble de livrables

La démarche présentée dans le tableau 2 a permis l'atteinte de trois principaux livrables : le plan stratégique a été élaboré dans les délais impartis malgré la crise sanitaire. Il permet de répondre aux différents dysfonctionnements observés en phase de diagnostic. Finalement, le projet de service élaboré fait consensus auprès des parties prenantes.

Un plan stratégique élaboré dans les délais impartis

Le dispositif méthodologique proposé est conduit entre Septembre 2020 et Juin 2021. L'année 2020/2021 a été marquée par de très fortes restrictions liées à la crise sanitaire, un couvre-feu de huit mois, un confinement entre le 30 octobre et le 15 décembre, un confinement du 3 avril au 3 mai 2021, des obligations de distanciation physique, des périodes de télétravail... Malgré ces contraintes, les différents jalons de développement du projet de service sont respectés. Dans cette perspective, les principales adaptations ont été la multiplication des sessions de présentation pour une division de l'organisation en sous-groupes, le recours aux outils numériques, à l'emploi de salles de conférence spacieuses, au respect des gestes barrières. L'application de ces principes a permis de ne décaler aucune réunion, de respecter ainsi les délais et de ne pas consommer de ressources complémentaires. Dans ce cadre, un élément moteur a été la volonté sans faille du dirigeant, qui a souhaité mener une nécessaire réflexion pour anticiper les enjeux réglementaires et les profonds changements à venir en matière de santé au travail.

Un projet de service qui répond aux dysfonctionnements identifiés dans l'état des lieux

Le diagnostic organisationnel conduit a insisté sur de nombreux dysfonctionnements. En particulier, des problématiques de matériels et de logiciels informatiques ont été soulevés, des conflits interprofessionnels ont été observés, une absence de coordination entre acteurs médicaux et pluridisciplinaires a été soulignée... La restitution de ce diagnostic, notamment par la virulence de plusieurs phrases témoins, a constitué un véritable électrochoc organisationnel, surtout pour une association dont l'objectif est finalement centré sur une mission d'amélioration des conditions de travail.

Donc, en dépit de la sensibilité managériale de certains de ces dysfonctionnements, ils ont tous été pris en compte dans le projet de service élaboré. A cette fin, un axe stratégique a été dédié pour prendre les décisions, imaginer les actions et piloter leur suivi afin de traiter ces dysfonctionnements. Les premières observations des chercheurs montrent ainsi que les problématiques informatiques ont été prises en considération par les fournisseurs. Par ailleurs, les conflits interprofessionnels sous-jacents ont été abordés par une clarification de l'organigramme principal de l'organisation, par une clarification de celui des centres et par la mise en place d'un management intermédiaire.

En synthèse, un résultat de l'instrumentation proposée a été d'affronter la réalité de l'ensemble des dysfonctionnements organisationnels et managériaux et de pouvoir y faire face par la proposition de solutions adaptées.

Un projet de service qui fait consensus

Le projet de service a été approuvé à l'unanimité par l'ensemble des organes institutionnels d'AS : Conseil d'Administration, Commission de Contrôle, CMT, CSE. Pour le dirigeant d'AS, « c'est un grand chelem et c'est la première fois qu'un projet de service est approuvé dans de telles conditions ». Dans les observations faites par les chercheurs, ce consensus s'explique d'une part par la réaction positive de certains acteurs particulièrement impliqués. Ainsi, pour une déléguée du personnel, membre de la CMT, le choix de traiter l'ensemble des points soulevés par le diagnostic organisationnel est une excellente décision, qui montre que le point de vue de tous les acteurs de l'organisation a été respecté et pris en compte. D'autre part, les chercheurs observent également que l'ensemble des étapes progressives de présentation, de restitution devant les organes institutionnels ont facilité le consensus autour du projet de service.

Il ne s'agit pas d'un consensus obtenu simplement par vote, mais qui s'est construit graduellement et en fonction des réponses adaptées aux problématiques émergentes dans chaque étape du processus SO. Dans ce cadre, l'articulation de la dynamique de l'inclusion évoquée plus haut, directe et indirecte, a joué un rôle important, puisque c'est cette dynamique qui assure la qualité de la communication auprès de l'ensemble des parties prenantes de l'organisation.

Les résultats induits : stratégiques, organisationnels, culturels et managériaux

Les résultats induits observés sont de quatre ordres. Le dispositif méthodologique déployé a permis une évolution stratégique, il a accompagné des éléments de transformation organisationnelle, il contribue à une évolution culturelle et des pratiques de management.

Un dispositif permettant une évolution stratégique

La dynamique de l'augmentation de l'inclusion et de la transparence ne s'arrête pas avec l'élaboration manuscrite du projet de service mais s'inscrit dans une évolution plus profonde de la stratégie de l'association. Pour penser les objectifs du projet de service, une équipe de management stratégique a été formée et un comité de pilotage, composé de chaque pilote projet, responsable des axes stratégiques a été constitué, en appui du comité de direction. La démarche montre ainsi une évolution majeure, puisque l'ensemble des décisions stratégiques, et leur mise en œuvre, ne sont plus sous la seule responsabilité d'un comité de direction mais sont, pour au moins trois ans, pilotées par une équipe projet d'acteurs de terrain. Ce sont d'ailleurs ces acteurs qui présentent le projet de service à l'ensemble de l'organisation et aux membres de la CMT.

Un dispositif accompagnant la transformation organisationnelle

Le dispositif méthodologique a également permis une réflexion sur la structuration de l'organisation. Comme énoncé plus haut, une profonde réflexion sur l'organigramme de l'association est amorcée. 5 architectures organisationnelles sont ainsi remaniées : l'organigramme général d'AS, l'organigramme décisionnel, l'organigramme des fonctions

supports, l'organigramme du service prévention technique, et, enfin, l'organigramme du fonctionnement des centres. Le diagnostic conduit par focus group avec les adhérents, l'analyse des besoins et des enjeux de la santé au travail, le diagnostic organisationnel interne sont les outils qui appuient ces réflexions en matière de gouvernance.

Début d'évolution culturelle

Jusqu'à la prise de fonction du directeur d'AS en 2017, l'association était gérée par un directeur et son épouse, avec une vision plutôt autoritaire et directive du management. Comme le soulignent les phrases témoins, avant, la direction imposait. Sur ce point, la démarche de projet de service marque le début d'une transition d'une culture de soumission à l'autorité à une prise de responsabilité et d'initiative. A ce titre, le fonctionnement des groupes projet, constitués par des participants volontaires, est singulièrement représentatif de cette évolution, même si la transition ne pourra s'opérer du jour au lendemain. De la même façon et précédemment, le management était avant tout médical, c'est-à-dire que peu importe la problématique traitée, les groupes de travail avaient toujours, à leur tête, un médecin. A ce jour, les organigrammes évoqués, comme la constitution du comité de pilotage du projet de service, soulignent l'importance de la pluridisciplinarité managériale. Ces éléments montrent qu'une ébauche d'évolution culturelle non négligeable se dessine au sein de l'association. Finalement, les chercheurs observent aussi des changements dans les comportements des acteurs, une précédente directrice de centre évoluant d'un comportement très directif à une démarche beaucoup plus ouverte, s'appuyant plus fortement sur son équipe.

Apports et difficultés des outils et dispositifs mobilisés tout au long du processus SO

Pour conclure la présentation de ces résultats et répondre à la question posée initialement dans cette recherche (quels outils peuvent être mobilisés, et avec quels résultats, pour améliorer l'inclusion et la transparence d'une démarche SO dans le contexte particulier d'une organisation de santé ?), un tableau de synthèse détaillé est proposé (tableau 5). Il insiste sur les apports et les difficultés relatifs aux dispositifs mobilisés pour chacune des étapes du processus SO.

TABLEAU 5

Apports et difficultés des outils et dispositifs mobilisés tout au long du processus SO

Etapas du processus SO	Outils et dispositifs	Inclusion			Transparence		
		Caractéristiques de l'inclusion	Apports	Difficultés	Caractéristiques de la transparence	Apports	Difficultés
Présentation introductive	Séminaire	Parties Prenantes (PP) Internes : 100% de l'effectif	Engagement de l'ensemble des acteurs y compris les acteurs traditionnellement exclus	Méfiance institutionnelle de l'autorité de tutelle	Communication descendante et échanges	Instauration d'un climat de confiance	Incrédulité des acteurs compte tenu de la mémoire organisationnelle
Diagnostic Stratégique	Diagnostic organisationnel interne	PP Internes : 49 entretiens (53% de l'effectif)	Inter-subjectivité contradictoire pluriprofessionnelles des acteurs de terrain	Équilibrer l'inclusion des différents centres et métiers de l'organisation	Communication ascendante	Introspection organisationnelle approfondie	Maîtriser les techniques de l'interview pour faire parler les acteurs
	Diagnostic par Focus Group (FG)	PP Externes : 3 Focus Group (37 personnes)	Inter-subjectivité contradictoire sectorielle entre adhérents et salariés	Respecter la répartition du temps de parole	Ascendante et interactive	Clarifier le service rendu	Approfondir et enrichir les retours Dépasser le discours rituel entre organisations partonales et syndicats
	Définition des Mission, Vision et Valeurs	PP Internes institutionnelles : CMT (16 personnes)	Dialogue interprofessionnel légitimé	Déhiérarchisation des statuts	Ascendante et démocratique	Formaliser une réalité métier aux multiples facettes	Finalisation d'une vision commune sur les valeurs ambitionnées
	Analyse des besoins	PP Internes : Groupe de travail interne (10 personnes)	Meilleure compréhension des enjeux par la diversité des sources et des regards	Limiter les postures intimidantes des sachants par une approche documentée	Processus réalisé par revue de littérature	Faciliter la fertilisation croisée de la compréhension inter-professionnelle	Éviter la technicité des langages et jargons hyperspécialisés
	Analyse environnement	PP Internes institutionnelles : CMT (16 personnes)	Développement d'une vision périphérique de l'environnement	Dépasser les dimensions réglementaire et concurrentielle perçues de la santé au travail	Ascendante et démocratique	Dépasser la transmission d'informations par le développement d'une vision	Passer de la transparence informationnelle à la transparence visionnaire
	Restitution CMT	PP Internes institutionnelles : CMT (16 personnes)	Proposer en avant première une restitution du diagnostic devant des membres élus pour recueillir leurs réactions	Recentrer les réactions sur le diagnostic organisationnel global et éviter les particularismes par métier	Communication descendante puis ascendante par échanges	Faire entendre les autres membres que le corps médical	Équilibrer les temps de parole et de réaction
	Restitution Ensemble du personnel	PP Internes : 100% de l'effectif	Dépasser le particularisme individualiste pour une prise de conscience collective partagée	Différence de comportement des acteurs de la CMT en instances et avec du public	Communication descendante puis ascendante par échanges	Electrochoc de la prise de conscience du fonctionnement organisationnel effectif	Risque de créer de l'inquiétude en formalisant les faiblesses internes et menaces externes
	Restitution CA	PP institutionnelles : Intégralité des membres du CA	Validation méthodologique du processus	Inquiétude des membres des organisations syndicales sur la place des délégués du personnel dans le processus	Communication descendante puis échanges	Diagnostic organisationnel objectivé par les parties prenantes externes et internes à l'organisation	Récupération rituelle du dialogue social traditionnel pour expliquer l'origine des dysfonctionnements

TABLEAU 5

Apports et difficultés des outils et dispositifs mobilisés tout au long du processus SO (suite)

Etapas du processus SO	Outils et dispositifs	Inclusion			Transparence		
		Caractéristiques de l'inclusion	Apports	Difficultés	Caractéristiques de la transparence	Apports	Difficultés
Planification stratégique	Définition des axes	PP Internes institutionnelles CMT : 16 personnes	Représentativité, légitimité, efficacité et rapidité pour définir les grands axes stratégiques	Equilibrer le poids de la parole des acteurs	Ascendante et démocratique	Choix stratégiques appuyés par les informations étayées du diagnostic stratégique	Ne pas errer dans des propositions trop éloignées du diagnostic réalisé
		Réunion des groupes projets et intégration de l'ensemble du personnel	Participation de l'ensemble du personnel à la prise de décision stratégique par une intégration ponctuelle aux groupes projets pour ne pas générer de frustrations	Initiation au processus processus stratégique et implication des membres de l'organisation	Communication ascendante	Création d'une identité organisationnelle collective et génération d'idées peu conventionnelles et créatives	Distinguer les propositions stratégiques collectives des revendications particulières individuelles
		Boîte à idées numérique (100% des membres de l'organisation)	Inclusion totale et anonymisée	Faible participation	Communication ascendante	Transparence totale et anonymisée	Faible participation et nécessité de distinction entre propositions stratégiques collectives et revendications particulières individuelles
		Groupes projets (GP)	Elargir le champ des possibles par le regard pluriprofessionnel	Risques d'appropriation excessives des pilotes de GP et la monopolisation par les porteurs trop autoritaires Eviter la monopolisation par les membres face à des porteurs de projet plus effacés	Communication ascendante	Définition du contenu des axes stratégiques par des acteurs pluriprofessionnels impliqués et volontaires	Eviter la focalisation individuelle des porteurs de projet thématique et la sous estimation de la perspective de l'autre
	Restitution/ validation du projet de service	PP Internes institutionnelles CMT (16 personnes)	Appropriation du projet de service par les pilotes d'axes, constituant la première étape de la mise en œuvre stratégique	Articulation entre la légitimité institutionnelle de la CMT et la légitimité des acteurs de la démarche stratégique (porteurs d'axe)	Communication ascendante	Validation du contenu du projet de service par la CMT	Alignement du contenu des axes définis par les porteurs d'axes sur la vision initiale des axes de la CMT
		Ensemble du personnel	Création d'une identité organisationnelle et collective	Eviter les combats d'arrière garde individualistes	Communication descendante et échange	Engagement des acteurs dans le projets de service	Langage stratégique compréhensible et acceptable par tous les acteurs
		CA	Reconnaissance, validation et lancement insitutionnels du projet de service	Pas de difficultés majeures, vote à l'unanimité	Communication ascendante	Faire converger des points de vue a priori divergents (employeurs/ syndicats)	Approfondir les problématiques implicites masquées par le consensus
	Implémentation	Suivi par le comité de pilotage (COFIL)	PP Interne : 100% de l'effectif	Maintien et développement de la communauté des acteurs impliqués dans le projet de service	Pas suffisamment de recul pour l'appréhension de difficultés	Communication descendante	Journal interne proposé par les acteurs du projet de service et non par la direction

Discussion

Cette recherche, qui initie l'analyse de la SO dans le contexte particulier des organisations de santé, présente de nombreux points de convergence avec les travaux antérieurs, mais aussi plusieurs points de divergence. Tout d'abord, les recherches identifient un certain nombre d'avantages et de risques liés à une démarche SO (Hautz *et al.*, 2017; Saile *et al.*, 2017). Au niveau des avantages, un meilleur engagement des parties prenantes, une génération d'idées créatives, un accès plus large à la connaissance constituent des bénéfices, identifiés dans les travaux antérieurs, qui se retrouvent dans nos résultats. De même, la création d'une identité organisationnelle collective et la légitimation des décisions stratégiques prises, observées dans la recherche de Luedicke *et al.* (2017) convergent avec plusieurs apports identifiés dans le tableau 5 des résultats. Au niveau des risques de la SO (Hautz *et al.*, 2017; Vanhaverbeke *et al.*, 2017), des éléments tels que le volume d'informations, la génération de frustrations, voire la pression du rôle de stratège dévolu aux acteurs, peuvent également être observés dans le cadre de cette recherche.

Sur le plan des risques, un premier point saillant de cette analyse souligne le fait qu'inclusion n'est pas nécessairement synonyme de motivation des acteurs inclus. Les travaux relatifs à la SO considèrent souvent, peut-être à juste titre, que les participants sont, presque naturellement, motivés et impliqués à l'idée d'être inclus dans une démarche de réflexion stratégique (Whittington *et al.*, 2011; Hautz *et al.*, 2017). Or, dans le cadre de cette recherche, à de nombreuses reprises, l'ensemble des membres de l'organisation sont bien inclus dans le processus SO et, pour autant, une absence de réactions des acteurs est constatée. C'est le cas lors de la réunion de définition du contenu des axes stratégiques qui permet à toutes et à tous d'être force de proposition, c'est aussi le cas pour l'exploitation de la boîte à idées numérique. Ces deux moyens d'expression n'ont été que faiblement mobilisés par les acteurs. Alors que plusieurs travaux insistent sur l'importance des supports numériques pour faciliter l'inclusion et la transparence dans une démarche SO (Tavakoli *et al.*, 2017), nos résultats montrent que ceux-ci, dans le cas observé, sont peu utilisés par les acteurs. Lorsque ces outils sont mobilisés, ils peuvent, en outre, conduire à des propositions plus proches des revendications particulières individuelles plutôt qu'à des propositions stratégiques destinées au collectif de l'organisation. Dans une même veine, une anecdote de cette recherche porte sur le constat qu'un membre d'un groupe projet, qui recensait sur support informatique les idées des autres membres, les modifiait quasiment systématiquement en fonction de ses préférences individuelles. Pour pallier cette problématique et ne pas sombrer dans de tels biais, l'usage d'un chevalet de conférence classique a été privilégié. En synthèse, la mobilisation d'outils numériques n'a pas vraiment eu l'effet escompté, très certainement d'autant qu'AS est particulièrement marquée par des problématiques de réseaux et de supports informatiques. Les apports des moyens numériques, dans le cadre de la SO, pourraient ainsi être à relativiser en fonction du contexte organisationnel étudié.

En second lieu, la spécificité du contexte organisationnel étudié peut aussi nourrir plusieurs réflexions quant aux éléments fondamentaux de la SO, notamment sur les parties prenantes incluses dans la démarche. Au-delà du top management, des acteurs

et des parties prenantes externes qui sont classiquement identifiés comme les acteurs centraux d'une démarche SO (Whittington *et al.*, 2011; Hautz *et al.*, 2017), cette recherche, avec la double spécificité du contexte francophone et de l'organisation de santé, montre l'importance des logiques institutionnelles. Le processus SO a, certes abouti parce que les acteurs ont su se mobiliser pour la démarche stratégique, mais il a aussi abouti parce que chaque étape a été restituée, en toute transparence, devant les instances de l'organisation, médicales, patronales, syndicales.

Ensuite, tandis que les travaux sur la SO suggèrent une désacralisation par le dépassement du caractère élitiste et secret de la stratégie (Luedicke *et al.*, 2017; Stadler *et al.*, 2021), la spécificité du contexte organisationnel, souligne, plus généralement, un besoin de déhiérarchiser le statut des acteurs impliqués dans la démarche. Comme l'indique le tableau de synthèse proposé dans nos résultats, le processus de SO a pu aussi être conduit parce que la démarche a impliqué et donné la parole à d'autres membres que ceux du corps médical.

Troisièmement, plusieurs observations empiriques méritent d'être soulignées à propos des comportements d'acteurs et des stratégies individuelles. Deux pilotes de projet se sont ainsi particulièrement appropriés leurs axes stratégiques et le risque est de voir la stratégie individuelle empiéter sur le projet collectif, voire mener à des conflits. De la même façon, nous identifions certains comportements typiques d'acteurs qui monopolisent les débats en se montrant très critiques, mais se désengagent du projet dès que les dialogues s'organisent selon les règles de fonctionnement de bienveillance établies. À l'opposé, certains acteurs peuvent aussi se révéler, passer d'une discrétion accrue à une efficacité prononcée dans le pilotage de projet. Enfin, un dernier risque observé est l'engagement décalé des comportements d'acteurs en instance et en assistance. Ainsi, plusieurs membres se sont montrés effacés dans les débats initiés au sein de la CMT, mais particulièrement critiques lors des sessions avec assistance élargie. Ce risque peut rendre plus difficile l'obtention d'un consensus sur le projet élaboré.

Pour conclure cette discussion, certains éléments facilitateurs de la concrétisation de la démarche SO peuvent être discutés. Pour Mérimindol *et al.* (2021), le rôle des organisations intermédiaires est important pour expliquer comment les organisations de santé répondent aux défis de l'innovation ouverte. Dans le cadre spécifique de la SO, l'importance de ce rôle est mise en doute puisque la mobilisation d'intermédiaires, de consultants, peut s'avérer contre-productive et conduire à une proposition de solutions générales standardisées (Vanhaverbeke *et al.* 2017). Pour éviter ces écueils, le contexte particulier de cette recherche montre que le rôle des chercheurs intervenants est circonscrit à une action transformative sur le processus de la stratégie et non sur son contenu, qui a été développé par les acteurs eux-mêmes. Il ne s'agissait pas de proposer des solutions mais bien d'imaginer un dispositif méthodologique et de règles de fonctionnement facilitant la dynamique créative du collectif d'acteurs impliqués. En se référant à la neutralité des organisations intermédiaires identifiée par Merindol *et al.* (2021) et aux interrogations sur les positions du chercheur dans la Recherche Intervention (RI) (David, 2000), les chercheurs ont ainsi été neutres dans le contenu et les choix stratégiques retenus. L'influence de leur activité d'intermédiation a surtout été effective et transformative sur le processus d'élaboration du plan stratégique.

Conclusion

Cette recherche présente plusieurs contributions. Premièrement, elle initie une démarche d'étude des processus de SO dans les organisations de santé, un terrain particulièrement fertile pour observer ce changement de paradigme stratégique. En effet, le contexte des entreprises ne présente pas nécessairement autant de complexité dans les logiques institutionnelles, ni dans les relations de pouvoir, que ne peut le présenter celui des organisations de santé.

Ensuite, notre recherche permet d'affiner la connaissance des concepts principaux de la SO : l'inclusion et la transparence. Dans cette perspective, une grille de lecture des caractéristiques de l'inclusion et de la transparence est d'abord proposée pour analyser, de façon détaillée, les éléments constitutifs de chaque concept. Ces résultats permettent de dépasser la définition large de l'inclusion et de la transparence en développant de nouveaux éléments d'observation tels que les catégories d'acteurs inclus, la nature de l'inclusion, son caractère actif et/ou passif, direct et/ou indirect, l'origine communicationnelle de la transparence, sa focalisation sur le contenu et/ou sur le processus stratégique. Cette démarche développe des pistes de recherche futures d'autant que nous montrons que les caractéristiques, par exemple directes et indirectes, de l'inclusion, sont influencées par la spécificité des logiques institutionnelles d'un contexte organisationnel et francophone.

Dans un troisième temps, cette RI montre les effets d'un dispositif méthodologique qui a été éprouvé sur le terrain et qui a obtenu des résultats concrets, par l'élaboration d'un projet de service N+3 en 6 axes stratégiques, 19 objectifs et 75 actions, implémentés sur 6 semestres. La présentation des résultats de cette recherche souligne les outils mobilisés, leurs principaux apports et les difficultés rencontrées pour atteindre ces objectifs. Pour les chercheurs, les managers et les consultants souhaitant initier une démarche SO, cette recherche présente donc un mode opératoire, et un retour d'expérience, qui facilitent la réplique. Enfin, dans le contexte particulier des organisations de santé, cette recherche montre qu'un lien fort peut être observé entre une démarche SO et une évolution vers la pluridisciplinarité.

Naturellement, cette recherche présente aussi plusieurs limites, notamment liées à la spécificité du cas étudié. Tout d'abord, AS est un service de santé au travail, qui ne peut être représentatif de l'ensemble des organisations de santé de plus grande taille, telle qu'un hôpital, avec la complexité de ses services et la pluralité de ses acteurs. Plusieurs questions spécifiques à ces organisations se posent donc avec acuité, notamment sur l'inclusion des patients et la relation avec les autorités de tutelle.

Au regard du processus stratégique observé ensuite, la recherche présente une analyse longitudinale de la phase de diagnostic et de choix stratégiques, mais ne propose pas une observation de la mise en œuvre stratégique du projet collectif, qui s'inscrit dans un programme de recherche de plus long terme. Plus largement, les outils mobilisés dans le cadre de cette démarche SO s'inscrivent dans une perspective plutôt classique de la stratégie, en poursuivant une logique de diagnostic, de choix, puis de mise en œuvre. Le dispositif méthodologique imaginé dans le cadre de cette RI visait ainsi exclusivement à augmenter l'inclusion et la transparence au cours du processus d'élaboration et de formulation d'un plan stratégique, mais ne propose pas, non plus, une réflexion approfondie sur l'adaptation des outils classiques de la stratégie aux pratiques de SO. Sur ce point,

plusieurs pistes de recherche peuvent être identifiées. Les modèles et les matrices de la stratégie sont-ils combinables avec les pratiques de SO ? En quoi ces outils doivent-ils être adaptés dans un contexte SO ? Pour quelles raisons les outils classiques de la stratégie sont-ils appropriés ou inappropriés à un contexte SO ? Enfin, si les outils classiques de la stratégie ne sont plus appropriés, quels éléments méthodologiques idiosyncratiques au contexte de SO peuvent être imaginés ?

Dans le cadre de cette RI, peu d'obstacles majeurs ont été rencontrés pour l'adaptation et le déploiement du processus stratégique dans un contexte SO, mais il faut également souligner le contexte managérial favorable à la conduite de ce projet, et par conséquent à son observation. L'ensemble des acteurs, à commencer par la direction, se sont montrés fortement impliqués, tout au long de la démarche SO.

Bibliographie

- Abrahamson, E. (1996). Management Fashion. *The Academy of Management Review*, 21(1), 254-285. <https://doi.org/10.2307/258636>
- Aggeri, F. (2016). 4. La recherche-intervention : fondements et pratiques. Dans : Jérôme Barthélemy éd., *À la pointe du management : Ce que la recherche apporte au manager* (pp. 79-100). Paris : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.barth.2016.01.0079>
- Alves, A.C., Dinis-Carvalho, J. and Sousa, R.M. (2012), Lean production as promoter of thinkers to achieve companies' agility, *The Learning Organization*, Vol. 19 N°3, pp. 219-237. <https://doi.org/10.1108/09696471211219930>
- Appleyard, M. M., & Chesbrough, H. W. (2017). The dynamics of open strategy : from adoption to reversion. *Long Range Planning*, 50(3), 310-321. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2016.07.004>
- Ashmos, D. P., Duchon, D., McDaniel, Jr, R. R., & Huonker, J. W. (2002). What a mess! Participation as a simple managerial rule to 'complexify' organizations. *Journal of Management studies*, 39(2), 189-206. <https://doi.org/10.1111/1467-6486.00288>
- Aten, K., & Thomas, G. F. (2016). Crowdsourcing Strategizing : Communication Technology Affordances and the Communicative Constitution of Organizational Strategy. *International Journal of Business Communication*, 53(2), 148-180. <https://doi.org/10.1177/2329488415627269>
- Baptista, J., Wilson, A. D., Galliers, R. D., & Bynghtall, S. (2017). Social media and the emergence of reflexivity as a new capability for open strategy. *Long Range Planning*, 50(3), 322-336. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2016.07.005>
- Birkinshaw, J. (2017). Reflections on open strategy. *Long Range Planning*, 50(3), 423-426. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2016.11.004>
- Bjelland, O. M., & Wood, R. C. (2008). An inside view of IBM's 'Innovation Jam'. *MIT Sloan management review*, 50(1), 32.
- Collier, N., Fishwick, F., & Floyd, S. W. (2004). Managerial involvement and perceptions of strategy process. *Long range planning*, 37(1), 67-83. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2003.11.012>
- David, Albert (2000). «La recherche intervention, un cadre général pour les sciences de gestion ?» *Communication présentée à la IXe Conférence internationale de management stratégique, Montpellier, France.*
- Cappelletti, Laurent (2010). «La recherche intervention : quels usages en contrôle de gestion ?» *Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité (AFC), Nice.*
- Chesbrough, H. W., & Appleyard, M. M. (2007). Open Innovation and Strategy. *California Management Review*, 50(1), 57-76. <https://doi.org/10.2307/41166416>
- Clark, D. N. (1997). Strategic management tool usage : a comparative study. *Strategic Change*, 6(7), 417-427. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1697\(199711\)6:7](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1697(199711)6:7)

- Dobusch, L., Dobusch, L., & Müller-Seitz, G. (2019). Closing for the Benefit of Openness? The case of Wikimedia's open strategy process. *Organization Studies*, 40(3), 343-370. <https://doi.org/10.1177/0170840617736930>
- Dobusch, L., Gegenhuber, T., Bauer, R. M., & Müller-Birn, C. (2013). Between crowd and community : Organizing online collaboration in open innovation and beyond. In *Academy of Management Proceedings* (Vol. 2013, N° 1, p. 15842). Briarcliff Manor, NY 10510 : Academy of Management. <https://doi.org/10.5465/ambpp.2013.15842abstract>
- Doz, Yves et Kosonen, Mikko (2008). «Fast strategy : How strategic agility will help you stay ahead of the game», Pearson Education, Londres.
- Gegenhuber, T., & Dobusch, L. (2017). Making an impression through openness : how open strategy-making practices change in the evolution of new ventures. *Long Range Planning*, 50(3), 337-354. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2016.09.001>
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2002). Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie. *Gestion*, 27, 12-22. <https://doi.org/10.3917/riges.273.0012>
- Grandclaude, D. & Nobre, T. (2020). Apports d'une Recherche Intervention (RI) pour l'analyse d'une démarche de Stratégie Ouverte (SO) par le prisme de l'Innovation Managériale (IM), *Finance Contrôle Stratégie*, Vol. 23, N°2. <https://doi.org/10.4000/fcs.5216>
- Grenier, C. (2015). Construire la diversité des acteurs pour innover. Le cas d'un réseau de santé. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 15,4, 66-84. <https://doi.org/10.3917/rimhe.015.0066>
- Grenier, C., Hudebine, H. & Pauget, B. (2021). Innovations en santé : un renouvellement conceptuel et méthodologique pour transformer durablement le champ de la santé. *Innovations*, 65, 5-19. <https://doi.org/10.3917/inno.065.0005>
- Hautz, J., Seidl, D., & Whittington, R. (2017). Open strategy : Dimensions, dilemmas, dynamics. *Long Range Planning*, 50(3), 298-309. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2016.12.001>
- Jarzabkowski, P., & Kaplan, S. (2015). Strategy tools-in-use : A framework for understanding "technologies of rationality" in practice. *Strategic management journal*, 36(4), 537-558. <https://doi.org/10.1002/smj.2270>
- Krief, N. & Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en Sciences de Gestion*, 95, 211-237. <https://doi.org/10.3917/resg.095.0211>
- Laroche, H. & Nioche, J. (2006). L'approche cognitive de la stratégie d'entreprise. *Revue française de gestion*, N°¹⁶⁰, 81-105. <https://doi.org/10.3166/rfg.160.81-108>
- Luedicke, M. K., Husemann, K. C., Furnari, S., & Ladstaetter, F. (2017). Radically open strategizing : How the premium cola collective takes open strategy to the extreme. *Long Range Planning*, 50(3), 371-384. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2016.07.001>
- Mack, D. Z., & Szulanski, G. (2017). Opening up : How centralization affects participation and inclusion in strategy making. *Long range planning*, 50(3), 385-396. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2016.08.004>
- Malhotra, A., Majchrzak, A., & Niemiec, R. M. (2017). Using public crowds for open strategy formulation : mitigating the risks of knowledge gaps. *Long range planning*, 50(3), 397-410. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2016.06.004>
- Mérindol, V., Versailles, D. & Le Chaffotec, A. (2021). Les organisations intermédiaires et l'innovation en santé : les multiples facettes de l'intermédiation de réseau. *Innovations*, 65, 49-80. <https://doi.org/10.3917/inno.pr2.0106>
- Midler, C. (1986), La logique de la mode managériale, dans *Gérer et Comprendre*, Annales des Mines, p.74-85.
- Mintzberg, H. (1986). *Le pouvoir dans l'entreprise*, Edition d'organisation, Paris.
- Moisdon, J. (2010). L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A. *Revue française des affaires sociales*, 213-226. <https://doi.org/10.3917/rfas.101.0213>
- Moisdon, J. (2015). Recherche en gestion et intervention. *Revue française de gestion*, 253, 21-39. <https://doi.org/10.3166/RFG.253.21-39>
- Nobre, T. & Grandclaude, D. (2021). Identifier et résoudre les dilemmes de la stratégie ouverte : Les apports d'une recherche intervention. *Revue française de gestion*, 294, 15-39. <https://doi.org/10.3166/rfg.2021.00508>
- Quick, K. S., & Feldman, M. S. (2011). Distinguishing Participation and Inclusion. *Journal of Planning Education and Research*, 31(3), 272-290. <https://doi.org/10.1177/0739456X11410979>
- Renault, S. & Boutigny, E. (2013). Le partage ponctuel d'idées en ligne par la pratique du jam : atouts et limites. *Gestion*, 38, 35-44. <https://doi.org/10.3917/riges.383.0035>
- Sailer, A.-S., Schlagwein, D., & Schoder, D. (2017). Open Strategy : State of the Art Review and Research Agenda. *Paper presented at the Thirty Eighth International Conference on Information Systems*, South Korea.
- Savall H. (1979). *Reconstruire l'entreprise*. Dunod, Malakoff.
- Savall, H. & Zardet, V. (1996). La dimension cognitive de la recherche-intervention : la production de connaissances par interactivité cognitive, *Revue internationale de systémique*, Vol. 10, 157-189.
- Savall, H., & Zardet, V. (2004), *Recherche en sciences de gestion : Approche qualimétrique, observer l'objet complexe*, Paris : Economica.
- Savall, H., et Zardet, V. (2010). *Maîtriser les coûts et les performances cachés*, Paris : Economica.
- Savall, H., Zardet, V., Bonnet, M. & Cappelletti, L. (2019). Valoriser la recherche par l'expérimentation en entreprise : Cas du modèle de management socio-économique. *Revue française de gestion*, 284, 149-169. <https://doi.org/10.3166/rfg.2019.00373>
- Smith, P., Callagher, L., Crewe-Brown, J. & Siedlok, F. (2018). Zones of participation (and non-participation) in open strategy : Desirable, actual and undesirable. *M@n@gement*, 21, 646-666. <https://doi.org/10.3917/mana.211.0646>
- Stadler, C., Hautz, J., Matzler, K., & Von den Eichen, S.F. (2021). *Open Strategy : Mastering Disruption from Outside the C-Suite*. MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/13719.001.0001>
- Stieger, D., Matzler, K., Chatterjee, S., & Ladstaetter-Fussenegger, F. (2012). Democratizing Strategy : How Crowdsourcing Can Be Used for Strategy Dialogues. *California Management Review*, 54(4), 44-68. <https://doi.org/10.1525/cm.2012.54.4.44>
- Tavakoli, A., Schlagwein, D., & Schoder, D. (2017). Open strategy : Literature review, re-analysis of cases and conceptualisation as a practice. *The Journal of Strategic Information Systems*, 26(3), 163-184. <https://doi.org/10.1016/j.jsis.2017.01.003>
- Vanhaverbeke, W., Roijakkers, N., Lorenz, A., & Chesbrough, H. (2017). The importance of connecting open innovation to strategy, dans N. Pfeffermann, T. Minshall, L. Mortara, *Strategy and communication for innovation*, (p. 3-15). Springer, Cham.
- Vuorinen, T., Hakala, H., Kohtamäki, M., & Uusitalo, K. (2018). Mapping the landscape of strategy tools : A review on strategy tools published in leading journals within the past 25 years. *Long Range Planning*, 51(4), 586-605. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2017.06.005>
- Whittington, R., Caillaud, L., & Yakis-Douglas, B. (2011). Opening strategy : Evolution of a precarious profession. *British journal of management*, 22(3), 531-544. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2011.00762.x>
- Yakis-Douglas, B., Angwin, D., Ahn, K., & Meadows, M. (2017). Opening M&A strategy to investors : predictors and outcomes of transparency during organisational transition. *Long Range Planning*, 50(3), 411-422. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2016.06.007>

ANNEXE 1

Principales étapes de collecte des données

Phase stratégique	Date	Principales étapes de collecte des données	Modalités opératoires	Données collectées	Objectif Stratégique
Diagnostic Stratégique	03 septembre 2020	Séminaire de présentation du processus d'élaboration du projet de service à l'ensemble des acteurs de l'organisation Durée : 1 demi-journée	Support PowerPoint, présentation orale directeur alpha santé (contexte) et chercheurs (processus)	Perceptions des acteurs à l'énoncé du processus de SO retranscrites sur cahier de recherche	Fédérer les acteurs autour du projet de service en dépit du contexte sanitaire qui a mis sous cloche l'organisation pendant une période de l'année écoulée. Présenter les intervenants
	03 septembre 2020	Réunion de travail avec la CMT Durée : 1 demi-journée	Support PowerPoint et exposé des chercheurs sur livrable attendu avant travail de groupe sur les missions et les valeurs d'Alpha Santé. Les acteurs de la CMT restituent les résultats et rendent leurs conclusion sur un support Paperboard	Collecte des pages de Paperboard, Prise de photos des conclusions produites	Initier le processus de SO par l'implication de la CMT dans une réflexion cohésive sur les fondements de l'organisation
	7, 8, 15, 17, 30 septembre et 1 ^{er} Octobre 2020	Diagnostic organisationnel par la réalisation d'entretiens individuels. L'approche méthodologique adopte le modèle d'analyse socio-économique de Savall et Zardet (2010), en se centrant principalement sur l'identification de dysfonctionnements organisationnels.	49 Entretiens semi-directifs conduits au siège et dans les centres : - 13 Assistant(e)s; - 15 Médecins du Travail; - 9 infirmier(e)s; - 3 IPRP; - 1 psychologue; - 8 membres du siège et des services supports	912 phrases témoins recensées par prise de notes exhaustive sur cahier puis retranscrites sur tableur XL pour analyse.	Réaliser un diagnostic des dysfonctionnements organisationnels d'Alpha Santé
	2 octobre 2020	Réunion de travail avec la CMT : Restitution travail mission/valeurs et diagnostic environnemental Alpha Santé	Support Powerpoint et exposé des chercheurs sur livrable attendu avant travail de groupe sur les évolutions de l'environnement et la concurrence d'Alpha Santé	Notes sur Paperboard, prise de notes exhaustive sur cahier de recherche	Réaliser un diagnostic des évolutions potentielles de l'environnement de la santé au travail
	8 et 9, 12 octobre 2020	Entretiens focalisés avec les adhérents et salariés d'Alpha Santé	37 personnes interrogées collectivement sur 3 jours : part plus importante d'adhérents représentés, dans la plupart des cas, par la Direction des Ressources Humaines. Un support Powerpoint, Un chercheur animateur, un chercheur qui relance et prend des notes	326 phrases témoins recensées par prise de notes exhaustive puis retranscrites sur tableur XL pour analyse.	Réaliser un diagnostic des perceptions d'adhérents et de salariés sur l'organisation Alpha Santé.
	18 novembre 2020	Présentation Diagnostic Organisationnel interne devant le CA d'Alpha Santé	Support Powerpoint, Présentation orale faite par les chercheurs. Rapport manuscrit remis le jour même en séminaire	Prise de notes exhaustive sur les réactions des membres du CA, retranscription sur cahier de recherche	Validation et approbation de la situation organisationnelle actuelle d'Alpha Santé, en matière de dysfonctionnements organisationnels perçus en interne, de perceptions et d'expériences positives et négatives perçues en externe (adhérents et salariés)
	1 ^{er} décembre 2020	Présentation Diagnostic Organisationnel interne devant les membres de la CMT	Support Powerpoint, Présentation orale faite par les chercheurs. Rapport manuscrit remis le jour même en séminaire	Prise de notes exhaustive sur les réactions des membres de la CMT, retranscription sur cahier de recherche	Validation et approbation de la situation organisationnelle actuelle d'Alpha Santé, en matière de dysfonctionnements organisationnels perçus en interne, de perceptions et d'expériences positives et négatives perçues en externe (adhérents et salariés)
	7 et 8 janvier 2021	Séminaire de présentation : des résultats du diagnostic organisationnel; du processus d'élaboration du projet de service	Support Powerpoint, Présentation orale des chercheurs sur le diagnostic organisationnel. Le directeur d'Alpha Santé présente le processus d'élaboration du projet de service.	Prise de notes exhaustive sur les réactions des participants, retranscription sur cahier de recherche.	Mise en tension de l'organisation et implication des acteurs dans le projet de service futur par effet miroir (Savall et Zardet, 2004).

ANNEXE 1

Principales étapes de collecte des données

Phase stratégique	Date	Principales étapes de collecte des données	Modalités opératoires	Données collectées	Objectif Stratégique
Choix Stratégiques	22 janvier 2021	Définition de 6 axes stratégiques principaux par les membres de la CMT .	Travail d'idéation de groupe sur Paperboard puis tri et catégorisation	Notes sur Paperboard et photos	Définir des axes stratégiques majeurs en vue d'une déclinaison en objectifs et actions
	2 février 2021	Validation par le CA des axes stratégiques proposés.	Support Powerpoint, Présentation orale des axes stratégiques choisis et présentation du processus à venir	Prise de notes exhaustive sur les réactions des membres du CA, retranscription sur cahier de recherche.	Obtenir l'approbation des institutions de l'organisation avant approfondissement des axes stratégiques.
	4 février 2021	A partir de cette date, nomination des pilotes de projet par axe stratégique par la direction d'Alpha Santé. Possibilité de candidater, pour chaque membre de l'organisation, à l'intégration des groupes projet (1 groupe par axe stratégique). Une boîte à idées numérique est également mise en place.	Envoi mail de la direction d'Alpha Santé à l'ensemble des membres de l'organisation	Résultats de la boîte à idées numérique. Document de présentation du projet de service.	Intégrer l'ensemble de l'organisation dans la réflexion sur les choix stratégiques. Préparer les esprits à la réunion future du 19 mars, au sein de laquelle chaque membre d'Alpha Santé peut participer.
	24 février 2021	Daté d'échéance de composition des groupes projet. Invitation à la réunion du 19 mars qui vise à faire participer l'ensemble des membres d'Alpha Santé à la réflexion stratégique. Nouvelle sollicitation pour l'utilisation de la boîte à idées numérique.	Envoi mail de la direction d'Alpha Santé à l'ensemble des membres de l'organisation	Document de composition de chaque équipe projet. 35 personnes se répartissent en fonction des axes définis.	Objectif idem à l'étape précédente. Présentation de la composition des équipes projet.
	12 mars 2021	Réunion préparatoire à destination des pilotes de projet et en amont à la réunion du 19 mars 2021.	Support Powerpoint, présentation orale des chercheurs sur les fondements du pilotage de projet.	Echanges avec les participants	Initier les pilotes de projet à la conduite de réunion, animation de brainstorming, articulation, objectifs, actions, variables d'action.
	19 mars 2021	Réunion ouverte à tous pour proposer des objectifs et actions à intégrer au sein des axes stratégiques.	Groupes de travail par axe intégrant la participation des membres volontaires. 23 personnes, en plus des 31 membres des groupes projet, participent à l'évènement.	Les chercheurs se répartissent dans chaque groupe projet, observant et participant, à minima, à l'animation des réunions de travail.	Développer et détailler le contenu des axes stratégiques.
	30 mars ; 13 avril 2021	2 Réunions d'approfondissement du contenu des axes stratégiques par groupe projet.	Groupes de travail par axe et par équipe projet.	Les chercheurs se répartissent dans chaque groupe projet, prise de notes exhaustive. Les réunions se clôturent par une séance de débriefing avec les pilotes de projet.	Développer et détailler le contenu des axes stratégiques. Elaborer un tableau de bord constitué par les fiches action de chaque axe.
	27 avril 2021	Restitution du comité de pilotage (6 pilotes de projet des axes) pour mise en commun et harmonisation avant rédaction finale du projet de service.	Réunion de travail du comité de pilotage.	Prise de notes exhaustive. Participation à la réunion.	Harmoniser l'ensemble des actions et de leurs variables avant rédaction finale du projet de service.
	18 mai 2021	Réunion de présentation du projet de service à la CMT.	Présentation plénière. Après un rappel de l'approche méthodologique par les chercheurs, chaque pilote de projet présente son axe, les objectifs et les actions associés.	Réactions et perceptions des membres de la CMT face au projet de service élaboré. Prise de notes exhaustive.	Obtenir l'approbation de la CMT pour le projet de service N+3.
	01 ^{er} juin 2021	Réunion de présentation du projet de service au CA.	Après un rappel méthodologique d'un chercheur, présentation par la direction d'Alpha Santé.	Réactions et perceptions des membres du CA face au projet de service élaboré. Prise de notes exhaustive.	Obtenir l'approbation du CA pour le projet de service N+3.
Implémentation Stratégique se en œuvre	11 juin 2021	Réunion plénière de présentation du projet de service finalisé et rédigé à l'ensemble des acteurs de l'organisation.	Présentation plénière. Après un rappel de l'approche méthodologique par les chercheurs, chaque pilote de projet présente son axe, les objectifs et les actions associés.	Réactions et perceptions des acteurs de l'organisation face au projet de service élaboré. Prise de notes exhaustive des chercheurs.	Communiquer le projet de service à l'ensemble des membres de l'organisation.
	8 juin 2021	Première réunion d'implémentation du projet de service N+3.	Réunion du comité de pilotage, chaque pilote présente les actions initiées par axe, les dates, délais et responsables à partir desquelles chaque action pourra être déployée. Décision de création ad hoc de groupes de travail pour les actions complexes.	Prise de notes exhaustive.	Commencer la mise en œuvre du projet de service avant la période estivale.

ANNEXE 2

Guide d'entretien interne

Thèmes	Sous-thèmes
Conditions de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Matériels et fournitures; Aménagement et agencement des locaux; Nuisances - Charge physique de travail; Conditions physiques de travail - Sécurité - Horaires de travail; Ambiance de travail
Organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> - Répartition des tâches, missions, des fonctions; Intérêt du travail - Charge de travail; Autonomie dans le travail - Règles et procédures; Organigramme - Régulation de l'absentéisme
Gestion du temps	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des délais; Tâches mal assumées - Planification, programmation des activités; Facteurs perturbateurs de la gestion du temps
Communication/ Coordination/ Concertation	<ul style="list-style-type: none"> - 3 c horizontale; 3 c verticale - Transmission des informations; Relations avec les services - 3 c au niveau de l'équipe de direction; 3 c entre maison mère et filiale; 3 c interne au service - Dispositifs de 3 c; 3 c entre élus et fonctionnaires; 3 c entre réseau et siège
Formation	<ul style="list-style-type: none"> - Adéquation formation emploi; Dispositifs; Compétences disponibles; Besoins en formation - Formation et changement technique
Mise en œuvre stratégique	<ul style="list-style-type: none"> - Orientations stratégiques; Auteurs de la stratégie; Démultiplication et organisation de la mise en œuvre stratégique - Systèmes d'information; Gestion du personnel - Outils de la mise en œuvre; Mode de management; Moyens de la mise en œuvre stratégique

ANNEXE 3

Guide d'entretien externe

Thèmes	Questions	Sous-questions
Perceptions de la santé au travail et de ses missions	Pouvez-vous nous dire à quoi sert la santé au travail ?	Importance de la santé au travail; Quel/s est/sont le métier de la santé au travail ?
	Quelles sont les missions de la santé au travail ?	
	Que pensez-vous globalement de la santé au travail ?	Quelle utilité ?
	Que pensez-vous particulièrement d'Alpha Santé ?	
Expériences de la santé au travail et d'Alpha Santé	Quelles sont les situations/circonstances pour lesquelles vous utilisez les services d'Alpha Santé ?	Par Obligation/Pour du Conseil/de la Prévention A quelle fréquence d'utilisation ?
	Racontez-nous vos expériences d'adhérents/de salariés d'Alpha Santé	
Avantages/inconvénients de l'utilisation des services d'Alpha Santé	Quelles sont les difficultés/obstacles que vous rencontrez quand vous utilisez les services d'Alpha Santé ?	Difficultés/obstacles liés Alpha Santé ou à Santé au travail
	Quels sont les bénéfices/avantages que vous retirez des services d'Alpha Santé ?	
Attentes et besoin en services de santé au travail	Quels sont vos besoins en matière de santé au travail ?	
	Qu'attendez-vous d'un service de santé au travail ?	
Pistes d'amélioration	Comment pourrait-on améliorer les services de santé au travail ? d'Alpha Santé en particulier ?	
	Quelles sont, selon vous, les priorités pour améliorer les services de santé au travail ? d'Alpha Santé ?	
Evolution perçue de la santé au travail	Selon vous, quelles seront les prochaines évolutions de la santé au travail ?	
	Auriez-vous d'autres éléments/expériences à partager à propos de la santé au travail ?	