

CONDUIRE UN DIAGNOSTIC PARTAGÉ EN CONTEXTE INTER-ORGANISATIONNEL : ENSEIGNEMENTS THÉORIQUES ET PRATIQUES

Valery Michaux
NEOMA Business School

Christian Defélix
Grenoble Institute of Engineering, CERAG Université Grenoble Alpes

INTRODUCTION

La fonction Ressources Humaines est confrontée de façon croissante à des phénomènes de territorialisation qui ouvrent des défis nouveaux de collaboration, coopération et coordination entre des organisations situées sur un même territoire (Mazzilli et Pichault, 2015 ; Calamel *et al.*, 2016). Cette territorialisation n'est pas un phénomène totalement nouveau. Elle se développe depuis le milieu des années 1990 sous l'impulsion des pouvoirs publics, qui obligent en effet les acteurs locaux d'un nombre toujours plus croissant de secteurs à se décloisonner et à créer des synergies (Michaux, 2010 ; 2016). La finalité est double : rendre plus performantes les organisations concernées, mais aussi leur permettre de mieux se prendre mutuellement en compte pour remplir des objectifs d'intérêt général. Ceux-ci peuvent concerner des salariés, des demandeurs d'emploi, des entreprises locales ou toutes ces parties prenantes à la fois.

Dans ces situations de gestion particulières, les organisations concernées sont conduites à se remettre en cause et à repenser leur action dans un contexte inter-organisationnel plus large. Pour faciliter ces démarches, on a recours aujourd'hui à des diagnostics partagés, appelés aussi diagnostics participatifs. En utilisant cette notion, entreprises et pouvoirs publics désignent

une démarche d'analyse visant à mettre d'accord différentes parties prenantes autour de l'identification de la nature des problèmes communs rencontrés, afin de trouver des solutions concertées pour être plus efficaces ensemble. On trouve de telles démarches dans de très nombreux domaines : le développement durable (Bele *et al.*, 2013), les politiques urbaines (Joerin *et al.*, 2009), les politiques locales de santé (Catley *et al.*, 2001), mais aussi de plus en plus dans le champ de l'innovation ou de la gestion des ressources humaines (emploi, reclassement, formation, flexicurité, etc). Un exemple emblématique en est la construction d'une gestion territoriale des emplois et des compétences : Mazzilli (2016) a montré sur plusieurs cas que l'étape initiale, qui est aussi l'étape-clef, consiste à bâtir au carrefour d'entités aux intérêts et statuts différents un état des lieux partagé.

Dans ce domaine de la GRH territoriale, praticiens et chercheurs s'accordent ainsi sur le rôle essentiel que jouent ces diagnostics partagés dans l'analyse des démarches étudiées (Mazzilli, 2011, 2013 ; Everaere et Glée, 2014 ; Houessou, 2015 ; Mazzilli, et Pichault, 2015). Pourtant, et alors que cette notion est désormais passée dans le vocabulaire opérationnel courant de très nombreux professionnels aujourd'hui, la recherche académique en dit peu sur ce qui fait la force ou la fragilité de ces méthodes.

On ne trouve qu'une petite dizaine d'articles académiques internationaux qui abordent directement cette question, quand il y en a des dizaines de milliers pour une notion comme la « vision partagée ». Pour pallier ce manque, nous proposons dans cet article de déconstruire les facteurs en jeu dans les diagnostics partagés : que peut-on dire des difficultés que l'on est susceptible de rencontrer quand on mène de tels diagnostics dans un contexte inter-organisationnel ? Pourquoi observe-t-on tant d'échecs ? A quelles dimensions doit-on faire attention ? Existe-t-il des facteurs clés de succès sur lesquels s'appuyer ?

Cet article propose tout d'abord d'identifier, à partir de la littérature, les facteurs en jeu dans les diagnostics partagés inter-organisationnels, pour proposer une grille d'analyse des facteurs d'échec ou de succès de ces démarches (1). Cette grille d'analyse est ensuite appliquée à une étude de cas longitudinale, portant sur la problématique ressources humaines santé-travail-handicap ; cette étude est basée sur une observation participante de plusieurs années, permettant d'analyser en profondeur les méthodes utilisées et les résultats obtenus sur plusieurs années consécutives (2). Enfin, les enseignements de cette étude de cas sont discutés et confrontés à la littérature disponible, et conduisent à des points de vigilance destinés aux praticiens en charge des diagnostics partagés (3).

1. LES DIAGNOSTICS PARTAGÉS ENTRE SUCCÈS ET ÉCHECS : ÉTAT DE L'ART ET CONSTRUCTION D'UNE GRILLE D'ANALYSE

Pour mieux appréhender les facteurs de succès ou d'échec en jeu et mieux préciser les contours des diagnostics partagés, nous proposons ici un état de l'art des recherches empiriques et théoriques portant sur le diagnostic dans un cadre inter-organisationnel. Cette mise en perspective nous conduit à mettre en exergue cinq dimensions principales : la prise de conscience de la nécessité d'agir, les modalités de confrontation des points de vue permettant une problématisation, la fabrique de convergence et de consensus, la prise de décision concertée, et enfin le rôle du tiers.

1.1 La prise de conscience de la nécessité d'agir

La notion de diagnostic partagé est historiquement ancrée dans le champ des chercheurs menant des interventions dans les années 1960, tant sur les territoires que dans les organisations. En parallèle de l'*OD* (« *Organizational Development* ») se sont développés à la même époque des courants d'intervention baptisés « *Territorial Development* » (ou *DT*) dans le contexte des pays en voie de développement : ces courants accordent une place centrale à la notion de diagnostic partagé impliquant de nombreuses parties prenantes sur les territoires (Tandon et Fernandes, 1984 ; Whyte, 1991 ; Gray, 1989). L'*OD* comme le *DT* sont basés sur le fait que les individus comme les groupes doivent être acteurs de leur propre processus d'évolution sous peine de ne pas réussir à changer. Cette philosophie ou ce paradigme particulier d'intervention s'est construit sur un nombre important de constats faits sur le terrain : apporter des solutions de « l'extérieur » est contreproductif. Il s'agit plutôt de rendre autonomes les salariés ou les populations locales, en leur faisant prendre conscience de la nécessité d'agir pour prendre en charge leur propre développement économique et social.

Bacqué et Biewener (2013) montrent à quel point cette dimension de prise de conscience et ce souci de mobilisation sont utilisés aujourd'hui de façon courante. Ce paradigme d'intervention, auquel la pratique du diagnostic partagé appartient, ne met pas l'accent sur des solutions pertinentes apportées de l'extérieur : il valorise le diagnostic initial comme vecteur de changement. Ce n'est donc pas le diagnostic en tant que connaissance produite par un expert qui est important dans ce paradigme, mais l'inventaire des problèmes et solutions retenus par les acteurs eux-mêmes à partir de ce diagnostic (Catley *et al.*, 2001). La vraie finalité du diagnostic partagé est là : déclencher la prise de conscience et faire bouger les acteurs concernés pour qu'ils élaborent les solutions... Quitte à ce que le consensus reste difficile sur les solutions à mettre en œuvre comme nous le verrons dans la suite de cet article.

1.2 Les modalités de confrontation des points de vue permettant une problématisation

Le propre d'un diagnostic partagé est de réunir des acteurs qui ont des points de vue, des cadres de référence, des référentiels de signification ou encore des schémas mentaux très différents. Cette diversité rend nécessaire un processus de convergence permettant de créer une proximité cognitive autour des problèmes à traiter et des solutions à mettre en œuvre. Les démarches de diagnostic partagé y parviennent progressivement, via un processus de cadrage et de recadrage des problèmes baptisé « problématisation ». Beaucoup de recherches utilisent cette notion de « problématisation » dans les contextes complexes multi-organisationnels, phase initiale de la mise en réseau d'acteurs très différenciés autour d'une problématique commune. L'une des plus célèbres est la théorie de la traduction (Callon, 1986 ; Law et Hassard, 1999 ; Akrich, Callon et Latour, 2006), version française de la théorie dite de l'acteur-réseau, souvent utilisée comme grille d'analyse de démarches de GRH territoriale (Mazzilli, 2011 ; Michaux, Defélix, Raulet-Croset, 2012 ; Mazzilli et Pichault, 2015).

Cette approche met néanmoins peu l'accent sur le rôle du tiers médiateur et des matériaux de médiation. Comme le montre Sylvère Angot dans le cadre des plans climat-énergie territoriaux (2013), les solutions qui émergent des diagnostics partagés ne résultent pas uniquement du processus de concertation, mais émergent également des *inputs* et expertises du tiers. L'importance du tiers dans cette problématisation à construire était déjà identifiée dans les travaux fondateurs de Lewin et Argyris (Lewin, 1939/1997, 1946/1997 ; Argyris, 1985). Pour ces auteurs, le diagnostic externe apporte une clé de compréhension possible des blocages du système dans lequel les acteurs concernés évoluent ; en cela, il peut jouer le rôle « d'outil de médiation » permettant aux acteurs de projeter plus facilement leurs propres divergences et de mieux les partager. Nous retiendrons ici une conception opérationnelle de la notion de médiation telle que développée en médiation interculturelle : la médiation y est définie comme la possibilité qui est donnée de verbaliser les conflits et les incompréhensions, pour faire évoluer les représentations souvent figées que se portent mutuellement des individus de cultures différentes (Plivard, 2010). Les qualités médiatrices de ces objets ne sont pas attachées

à la variété des objets ou à la sophistication des techniques, mais à la créativité du tiers qui les introduit (Quélin-Souligoux, 2003). Leur rôle et leur nature sont différents des outils de gestion qui s'incarnent dans l'action opérationnelle pérenne (voir par exemple Rouquet, 2012, dans le cadre des dispositifs inter-organisationnels).

La nature et l'objet des connaissances ainsi produites sur le système social dans le cadre d'un diagnostic partagé peuvent donc varier de façon importante. Par exemple, les sociogrammes de Crozier et Friedberg (1977) aident les parties prenantes à mieux comprendre les jeux de pouvoir et les antagonismes inter ou intra-organisationnelles pour leur permettre de mieux s'en libérer. Un diagnostic partagé est donc un processus, non une connaissance objective externe des problèmes, s'appuyant sur la construction « d'outils de médiation » qui facilitent les débats, la verbalisation des désaccords et l'abandon par les acteurs de leurs stratégies défensives.

1.3 La fabrique de convergence et de consensus

Les matériaux de médiation favorisent l'expression des divergences. Or, générer des divergences implique de co-construire des consensus. Au-delà du processus de problématisation, il existe donc d'autres phénomènes au cours des processus de diagnostic partagé. Ce n'est pas un hasard si les travaux portant sur les démarches concertées visant la préservation de l'environnement et le développement durable impliquant de nombreuses parties prenantes mobilisent largement les théories de la négociation. En effet, beaucoup de ces travaux mettent en avant la nature et la qualité des consensus construits entre les parties prenantes sur les problèmes et les solutions à mettre en œuvre. Ces débats ont été particulièrement bien relayés par la revue académique *Négociations* (par exemple : Mermet, 2006 ; Touzard, 2006a et b ; Billé et Mermet, 2003). La concertation qualifie des situations où l'objectif est de résoudre ensemble un problème par un processus coopératif où il n'y a, *a priori*, pas de conflits (étymologie de la concertation : « s'entendre pour agir de concert »).

Néanmoins, un nombre croissant d'auteurs considèrent que toute concertation soulève des divergences de vue lorsqu'il s'agit de parties

prenantes aux statuts et aux rôles différents, et aboutit donc à des affrontements, des évitements et des négociations. Le diagnostic partagé doit donc comprendre des phases de résolution de conflits où les acteurs cherchent par la discussion un terme à leurs différends. Les approches nord-américaines (Susskind, Kearman, Thomas-Larmer, 1999) sont ici très intéressantes. Elles mettent l'accent sur la nature et la qualité du consensus ainsi que la maximisation des intérêts des parties prenantes. Le tiers médiateur traducteur possède ici un rôle actif où il doit pouvoir tenir compte des enjeux des acteurs dans l'élaboration des matériaux de médiation. Les approches nord-américaines montrent ainsi que les consensus produits doivent être fondés sur un gain mutuel des acteurs locaux, et doivent aboutir à un résultat meilleur « que si aucun accord n'avait été conclu », et donc sur une vraie valeur ajoutée pour chacune des parties prenantes. Il y a l'idée ici d'un « consensus optimal », qui ne doit pas être confondue avec une démarche plus facile du « plus petit commun dénominateur » regroupant les quelques sujets sur lesquels tout le monde est d'accord. Les travaux nord-américains montrent peut-être plus finement que l'enjeu n'est pas de co-construire un diagnostic « objectif » des problèmes. Il s'agit de produire un consensus « optimum », c'est-à-dire optimisant les intérêts des parties prenantes. Le tiers médiateur traducteur a ici un rôle essentiel. Les cas d'échecs analysés par Gayraud (2006) et Denis *et al.* (2011) illustrent bien la différence entre l'existence d'un consensus « minimum » sur les problèmes (qui finalement n'engage pas beaucoup les parties prenantes) et l'impossibilité de construire un consensus sur les solutions à mettre en œuvre (solutions beaucoup plus engageantes pour les parties prenantes). Un diagnostic partagé repose donc sur au moins deux consensus « optimum » : l'un sur les problèmes (plus simple à trouver), l'autre sur les solutions (beaucoup plus complexe à trouver).

1.4 La prise de décision concertée

Se mettre d'accord sur des solutions communes prêtes à être mises en œuvre nécessite une prise de décision collégiale entre de nombreuses organisations parties prenantes. Si celles-ci disposent d'un pouvoir égal, il est important qu'une gouvernance en tant que lieu et mécanisme de prise de décision se mette en

place entre les parties prenantes. Dans nombre de projets inter-organisationnels néanmoins, on observe une asymétrie dans le pouvoir de décision des parties prenantes impliquées, l'une d'entre elles étant à l'initiative et possédant l'autorité et les ressources (souvent financières) de mettre en œuvre les solutions proposées... Le diagnostic partagé doit alors d'autant plus ouvrir un espace de négociation entre ces parties prenantes, y compris celles qui initient la démarche. Des mécanismes de décision partagée doivent avoir été précisés au démarrage. Pour mieux caractériser cet espace de négociation au plan inter-organisationnel, il est intéressant de repartir des travaux sur la participation en sciences politiques. Sherry Arnstein proposait déjà en 1969 de distinguer plusieurs niveaux de participation, correspondant à des degrés/registres possibles d'implication dans la prise de décision : la « coopération symbolique » ou « réassurance » (où l'initiateur de la démarche incite les participants à faire des propositions, mais reste seul juge de la faisabilité ou de la légitimité de celles-ci) est à distinguer de la vraie « participation » (où les parties prenantes sont impliquées dans la prise de décision).

Un diagnostic partagé réussi est donc fondé sur un espace de négociation pré-établi avant le démarrage de la démarche, et respecté tout au long de la démarche. On peut parler ici de « gouvernance », au sens d'espace de décision partagée ayant ses propres mécanismes (Michaux, 2010 ; 2011 ; Michaux, Defélix, Raulet-Crozet, 2012). Dans cet espace, l'initiateur ou les initiateurs de la démarche doivent être considéré(s) comme partie prenante portant des enjeux au même titre que les autres. Il s'agit de trouver le « consensus optimum » fondé sur un gain mutuel de toutes les parties prenantes (y compris de l'initiateur), sur un résultat meilleur que si aucun accord n'avait été conclu (y compris pour l'initiateur), et donc sur une valeur ajoutée (y compris là encore pour l'initiateur). Dans le cas analysé par Gayraud (2006), on observe ainsi qu'il y a échec car il n'y a pas réellement de gouvernance équilibrée mise en place.

1.5 Le rôle du tiers

L'existence d'un tiers, pour finir, s'avère capitale, comme Xhaufclair (2011) et Xhaufclair et Pichault (2012) l'ont montré : le processus de tercésation permet aux acteurs concernés de

prendre du recul, de retravailler leurs relations aux autres acteurs locaux, d'abandonner leurs stratégies défensives et de s'extraire de leurs rôles conventionnels. Dans le cas contraire, la problématisation peut prendre de très nombreuses années (Gayraud, 2006 ; Raulet-Croset, 1998, 2016).

Dans le contexte des diagnostics participatifs partagés impliquant beaucoup d'organisations parties prenantes, certains chercheurs mettent en avant la nécessaire « neutralité » du tiers par rapport aux systèmes d'acteurs (Crozier et Friedberg, 1977) pour veiller au respect de tous les intérêts. Ce tiers ne doit pas avoir d'intérêts directs dans la réalisation du projet participatif, au sens où il ne doit pas défendre de position spécifique dans le dialogue entre les parties prenantes, et conserver une certaine neutralité pour arbitrer les points de vue voire les conflits (Barret, Guiheneuf, Douillet, 2003 ; Plivard, 2010). C'est d'ailleurs souvent une difficulté

des diagnostics partagés animés par une des parties prenantes, laquelle peut être accusée de privilégier un point de vue plutôt qu'un autre. La légitimité du tiers dépend donc beaucoup de cette neutralité. Le tiers peut être également mandaté par l'initiateur de la démarche. Dans ce cas, sa posture, ses pratiques, son positionnement face à l'initiateur de la démarche et aux parties prenantes peuvent construire ou déconstruire sa légitimité et constituer un facteur de réussite ou d'échec du diagnostic partagé. La figure du tiers médiateur traducteur est donc différente de celle d'agent de changement ou d'entrepreneur institutionnel qui porte les processus de transformation de façon endogène (voir Michaux, 2011, dans un contexte inter-organisationnel).

Ces cinq éléments recensés dans la littérature constituent la charpente d'une grille d'analyse des facteurs de succès et d'échec des diagnostics partagés, exposée ici dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : grille d'analyse des facteurs-clefs de succès et d'échec des diagnostics partagés.

	Facteurs-clefs	Points de vigilance	Eléments observables à repérer
1	Prise de conscience de la nécessité d'agir	Ce n'est pas le diagnostic en lui-même qui est important, mais le fait qu'il pousse les parties prenantes concernées à mettre en place des solutions.	Document formel commun validé par les acteurs regroupant les problèmes identifiés et les solutions à mettre en œuvre pour mieux travailler ensemble.
2	Modalités de confrontation des points de vue permettant une problématisation	La convergence cognitive des parties prenantes n'est possible que si celles-ci rentrent dans un processus de problématisation qui favorise le cadrage et le recadrage successif des problèmes et des solutions possibles.	Mise en débat du diagnostic Autres matériaux utilisés par un tiers médiateur permettant de confronter les points de vue
3	Fabrique de convergence et de consensus	« Consensus minimum » : plus petit commun dénominateur, qui n'aboutit pas au passage à l'action. « Consensus optimum » : maximisation des intérêts des parties prenantes vecteur de passage à l'action.	Niveau d'adhésion et de satisfaction des parties prenantes quant aux solutions retenues. Capacité du consensus à maximiser les intérêts de toutes les parties prenantes.
4	Prise de décision concertée	Le contrat initial entre les parties prenantes doit être clair, tout comme la nature du partage du pouvoir de décision sur les actions à mettre en œuvre après la phase de diagnostic. L'initiateur de la démarche peut être externe aux parties prenantes. Les enjeux exprimés par l'initiateur de la démarche doivent être pris en compte au même titre que celles des parties prenantes.	Clarté du contrat initial entre l'initiateur et les autres parties prenantes. Existence d'une négociation et d'un espace de décision en commun. Degré « participatif » de la démarche : partage du pouvoir de décision ? Mode d'implication ?
5	Rôle du tiers	Positionnement neutre du tiers médiateur traducteur par rapport au système d'acteurs.	Neutralité du tiers par rapport aux problématiques traitées. Neutralité par rapport au système d'acteurs Positionnement du tiers médiateur face à l'initiateur de la démarche. Existence d'un mandat clair reçu de la part de l'initiateur de la démarche.

2. ETUDE DE CAS : LE SUCCÈS D'UN DIAGNOSTIC PARTAGÉ MOBILISATEUR

La grille d'analyse construite en première partie permet de décrypter une étude de cas longitudinale portant sur un cas de diagnostic partagé.

2.1 Choix du cas et méthodologie

Nous retenons ici un cas de diagnostic inter-organisationnel portant sur des problématiques d'emploi et d'insertion, dans le cadre d'une politique publique locale mise en place au milieu des années 1990 en faveur de la prévention des licenciements, du reclassement ou de la réinsertion des travailleurs handicapés (PDITH – Plan Départemental d'insertion des Travailleurs Handicapés). La notion de « travailleur handicapé », apparue avec la loi de 1957, est aujourd'hui définie ainsi : toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites suite à une altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique. Cette « qualité » est reconnue aujourd'hui par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) mentionnées à l'article L146-9 du Code de l'action sociale et des familles¹. Les PDITH, lancés dès 1992, font partie des toutes premières politiques locales concertées mises en place par l'Etat dans le contexte d'une territorialisation des politiques d'emploi et de santé (Michaux, 2010 ; 2016). Entre 1995 et 1999, ils sont étendus à un nombre croissant de départements, avant d'être généralisée depuis 2000 et devenir régionale en 2010. Ils font donc partie du « paysage naturel » des Directions de Ressources Humaines, sollicitées pour des actions RH territorialisées dans ce cadre.

Notre choix méthodologique a d'abord été celui de l'étude longitudinale, permettant de lier les conditions dans lesquelles a été mené un diagnostic multi-organisationnel avec les

résultats tangibles obtenus réellement grâce à un tel diagnostic après plusieurs années. Ce type d'approche nécessite non seulement un accès privilégié au terrain, mais aussi un niveau de détail important sur toutes les phases du diagnostic (jusqu'aux matériaux de médiation utilisés). Cette double exigence a pu être satisfaite au travers d'une organisation participante longue, dont les vertus d'accès aux pratiques réelles et à la compréhension des phénomènes ont été plusieurs fois confirmées (Aktouf, 1987 ; Bryman, 1989 ; Ouellet, 1994 ; Wacheux, 1996 ; Igalens et Roussel, 1998).

Nous avons-nous-mêmes conduit l'ensemble de la démarche de 1995 à 1998, en la formalisant dans des dossiers d'évaluation annuelle et en la confrontant à l'analyse universitaire (Michaux, 1996 ; 2010 ; 2016). Les premières phases de diagnostic commencent en 1996 avec une cinquantaine d'entretiens directs et une vingtaine de réunions de travail *ad hoc*. La réflexion va se diviser en trois axes dès la première année, chacun faisant ensuite l'objet d'une seconde série d'entretiens (une vingtaine par axe) et d'une seconde série de réunions de travail. Les rapports d'évaluation annuelle qui ont suivi reposent en moyenne sur une quinzaine d'entretiens évaluatifs avec les chiffres-clés de l'année.

1995-1998 : la longue marche vers un plan d'action commun

Tout commence en 1995 par une première série de réunions de travail menées par le coordinateur. Ce dernier cherche à formaliser les finalités et objectifs, ainsi qu'à identifier les enjeux des parties prenantes face à ces objectifs. Des réunions fédérant l'ensemble des organisations identifiées par les textes de loi permettent de mettre des mots sur un objectif qui reste à l'époque très imprécis : « *mettre en synergie* » les différentes organisations qui sont impliquées dans le maintien dans l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées, ou en voie de l'être, dans le cadre de leur activité professionnelle ou d'une période de chômage. Les différents partenaires tombent d'accord sur le fait qu'il est nécessaire de distinguer trois axes de travail différents – la sensibilisation des entreprises, le maintien dans l'emploi, les parcours d'insertion – et se mettent d'accord sur des grands principes. Après négociation, les différentes organisations concernées tombent également d'accord sur le fait que le financement alloué spécifiquement par les initiateurs

1. . Cette qualité est aussi reconnue aux victimes d'accidents du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et ainsi titulaire d'une rente attribuée au titre du régime général de la sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire.

de la démarche (l'Etat et l'AGEFIPH²) devront favoriser la coordination des acteurs et ressources existantes ; les actions construites devront toutes être des projets ou des dispositifs multi-partenariaux mobilisant les ressources des différents organismes impliqués au côté du financement de l'Etat et de l'AGEFIPH. Il doit donc y avoir une mise en commun des ressources. Ce point va s'avérer crucial par la suite car il évitera tous les conflits autour du « *qui fait quoi avec quels moyens* ».

Les réunions se poursuivent par axe de travail. Concernant la sensibilisation des entreprises, un premier consensus est obtenu sur les grandes lignes : le MEDEF local, la Chambre de Commerce et d'Industrie (CCI) et la Chambre des Métiers, mais aussi les organismes spécialisés (bilan de compétences, formation, insertion) sont d'accord pour mettre en place une politique de services destinées aux entreprises permettant de mettre en relation les besoins des chefs d'entreprise et des Directeurs des Ressources Humaines (DRH) en termes d'emploi, santé et handicap. Puis les problèmes de coordination entre organisations partenaires sont identifiés. Il apparaît alors que les offres d'emploi ouvertes aux personnes handicapées sont récoltées par des organismes non spécialisés (MEDEF locaux), qui n'explorent pas assez avec les chefs d'entreprises ou les DRH toutes les potentialités d'emploi offertes : ils ne connaissent bien ni le public, ni les métiers du recrutement. Les organismes spécialisés, quant à eux, connaissent bien le travail de médiation entre les besoins des entreprises et les profils disponibles pour réussir les recrutements, mais ils ont des difficultés à rencontrer les DRH... Une convergence vers des solutions se fait jour peu à peu : le MEDEF local accepte de porter une campagne de marketing téléphonique avec la CCI et la Chambre des Métiers pour prendre des rendez-vous orientés vers le recueil des besoins en matière d'emploi (comptabilité des emplois avec les types de handicaps, opportunités de postes, etc.). Un numéro de téléphone unique, hébergé par le MEDEF local, est créé pour les entreprises ; leurs demandes de conseil seront répercutées vers les organismes spécialisés. Ceux-ci regroupent leurs compétences pour formaliser une offre commune de services qui

fait l'objet d'une campagne de communication vers les entreprises mettant en avant le numéro d'appel unique. La logistique de l'opération dans son ensemble est sous-traitée à une agence de communication, et l'axe est piloté par le MEDEF local.

Un mouvement similaire a lieu pour les deux autres axes de travail. Sur la question du maintien en emploi des salariés ayant des problèmes de santé ou de handicap, les différentes organisations concernées – médecins du travail, partenaires de l'assurance maladie, organismes spécialisés – se mettent d'accord pour agir bien plus en amont qu'auparavant durant les arrêts-maladies (et non au moment de la reprise d'activité du salarié), et pour mettre en place des procédures d'urgence entre eux en cas de licenciement pour inaptitude. Des problèmes communs sont identifiés : l'absence d'anticipation pour le retour au travail après une maladie, le non-recours au médecin du travail, ou les convocations trop tardives des médecins de l'Assurance-Maladie. Celle-ci accepte alors de porter une politique de communication *ad hoc* : un numéro de téléphone destiné aux personnes en arrêt-maladie pour des raisons de santé est créé. L'Assurance-Maladie s'engage à s'impliquer dans une opération de *mailing* aux patients en arrêt-maladie, et cette communication est relayée dans ses locaux ainsi que dans les cabinets des médecins de ville et du travail. Parallèlement se met en place une campagne de communication et de sensibilisation auprès des médecins du travail et des médecins de ville. Enfin, les médecins du travail s'accordent pour créer un lieu d'échanges sur leurs pratiques en matière de prévention et de conseil au reclassement.

Enfin, s'agissant du troisième axe de travail – les parcours d'insertion et de reclassement –, le consensus obtenu porte sur une orientation précoce et le suivi inter-organisationnel des parcours des personnes en situation de handicap. Les problèmes sont identifiés, tels que la difficulté d'accès aux informations et l'absence de prise en charge psychologique avant certains parcours de reclassement. Toutes les organisations parties-prenantes sont d'accord pour créer une journée d'information complète destinées aux personnes qui vont bénéficier d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Tous les organismes et services concernés (6 organismes différents à l'époque) vont se coordonner pour offrir chaque mois une information collective le matin et des

2. . AGEFIPH - Association de Gestion des Fonds pour l'Insertion des Travailleurs Handicapés, qui gère les contributions des entreprises n'ayant pas atteint leur quota conformément à la loi de 1987.

rendez-vous individuels l'après-midi, le jour où les personnes sont convoquées pour la visite médicale. Parallèlement, une cellule de suivi des parcours est créée pour mieux gérer le passage d'un organisme à l'autre lors du parcours de reclassement.

On observe donc sur 18 mois une longue marche vers des solutions concertées, portées respectivement par le MEDEF local (services aux entreprises), la cellule de prévention d'un CHU (prévention des licenciements pour inaptitude), la cellule d'orientation psychologique de l'Agence pour la Formation Professionnelle des Adultes (parcours d'insertion). Ces résultats ont été obtenus malgré un contexte de mutation identitaire importante et anxiogène : en effet, le secteur emploi-santé-handicap est passé à l'époque d'une logique sociale à une logique d'employabilité en entreprise. Certains travaux

universitaires (Gayraud, 2006) montrent à quel point ce contexte anxiogène a été fortement perturbateur et déstabilisateur pour tous les organismes spécialisés impliqués, à tel point que dans certains PDITH aucune solution concertée n'a pu être créée ou mise en œuvre (Gayraud, 2006). Mais dans le cas étudié, dix-huit mois après le lancement du PDITH, le bilan affiche des résultats importants pour les actions mises en œuvre : 25 % d'insertions supplémentaires à moyens constants. Dix ans après ce lancement, certaines actions négociées entre les différentes organisations partenaires continuaient à exister, preuve de leur pertinence.

2.3 Analyse du cas : quelle présence des différents facteurs de succès identifiés ?

Tableau 2 : Analyse du cas au prisme de la grille d'analyse des facteurs-clefs de succès et d'échec des diagnostics partagés.

1	Prise de conscience de la nécessité d'agir	<p><i>Axe parcours d'insertion des demandeurs d'emploi ayant des problèmes de santé ou étant handicapés :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans la situation initiale existent de nombreux exemples de non-coopération : « <i>Les acteurs de l'insertion sont souvent en désaccord avec le projet [professionnel] qui a été élaboré avec la personne par les acteurs de bilan [de compétences]. Le projet est souvent jugé « irréaliste et loin du marché de l'emploi ». Cette redondance conduit parfois à une démobilitation de la personne [qui a des problèmes de santé ou qui est handicapées] qui est désorientée par la divergence de points de vue, ce qui constitue une situation défavorable à sa réinsertion. Elle conduit toujours à une perte de temps</i> » (Michaux, 1996, p. 60). - Un consensus optimum est progressivement construit, par exemple pour « <i>mettre en synergie et en réseau les compétences complémentaires des acteurs professionnels locaux</i> », ou « <i>prévenir les ruptures trop longues de parcours qui éloignent de l'emploi</i> » (Michaux, 2010 ; 2016, pp. 130-131). <p><i>Axe service aux entreprises :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exemple de dysfonctionnement : « <i>Les offres [d'emploi] ne sont pas assez précises ; trop incomplètes ; les secteurs d'activité sont mal définis ; les offres ne correspondent pas au public [...] dans 40 % des cas</i> » (Michaux 1996, p. 66). - Consensus optimum progressivement construit : « <i>Un réseau d'experts et de spécialistes au service des entreprises – piloté par le MEDEF départemental, soutenu par la Chambre de métiers et la Chambre de commerce – accessible par un seul numéro d'appel – proposant 4 services : l'information, le conseil, l'aide au recrutement et l'assistance technique au cas où un salarié est déclaré inapte par le médecin du travail</i> » (Michaux, 2010 ; 2016, p. 156). <p><i>Axe prévention des licenciements pour raisons de santé :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation initiale : « <i>L'absence d'une vision globale du processus et de ses contraintes qui y sont liés tend à conforter chacun des acteurs en présence ici dans sa propre logique. [...] Aucun de ces acteurs n'a la sensation que sa contribution est essentielle pour permettre une prévention des licenciements. Ils ignorent d'ailleurs tous quels sont les rôles exacts des autres acteurs dans le processus. Parfois même ils ne connaissent pas tous les acteurs du processus</i> » (Michaux 1996, p. 101). - Un consensus optimum est progressivement construit et validé par tous les partenaires : « <i>Apporter une aide concrète, facilement accessible aux médecins du travail et aux employeurs</i> », « <i>Sensibiliser les patients salariés en arrêt maladie pour intervenir le plus en amont possible de la reprise d'activité</i> », « <i>Construire un réseau fort de professionnels pour permettre une meilleure articulation entre eux et la mobilisation rapide de chacun dans les processus de prévention de licenciements pour raisons de santé</i> »... (Michaux, 2010 ; 2016, p. 98).
---	---	---

	<p>Au bout de 18 mois, il existe bien une vision partagée, fédératrice et mobilisatrice co-construite avec toutes les parties prenantes – y compris les initiateurs de la démarche – autour de différents épisodes de discussion. Certaines actions collaboratives sont déjà mises en place et fonctionnent ; d’autres commencent. On ne retrouve pas cette création de sens autour de finalités dans d’autres démarches identiques conduites à la même époque (Gayraud, 2006). Cette vision partagée porte d’abord sur les finalités du PDITH lui-même, puis va s’affiner. Un sens est construit au fur et à mesure autour de chacun des trois axes du PDITH. Le diagnostic apparaît donc comme une série d’étapes de création de sens qui fait émerger un projet commun.</p>
<p>2</p> <p>Modalités de confrontation des points de vue permettant une problématisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le coordinateur utilise une méthode d’analyse des dysfonctionnements et de leurs causes, proche de ce qui est utilisé en management de la qualité. Ces diagnostics « externes aux acteurs » ont fait l’objet de séries de confrontation de points de vue et d’accords intermédiaires. Chaque accord intermédiaire est rediscuté avec les initiateurs de la démarche (Etat, AGEFIPH) jusqu’à l’obtention de l’adhésion de tous pour passer à l’étape suivante. • La prise en compte du contexte exogène et endogène des mutations en cours dans le cadrage initial de la réflexion impulsée par le coordinateur permet très tôt à chacune des organisations partie-prenantes d’exprimer leurs préoccupations, leurs craintes et leurs souhaits. Ces enjeux apparaissent importants pour permettre aux différentes organisations de construire des solutions ad hoc capables de répondre aux besoins des personnes mais aussi capables d’accompagner les mutations en cours que chacun subit. Le diagnostic partagé apparaît comme un processus où « tous les problèmes sont mis sur la table » y compris ceux qui – finalement – n’ont rien à voir avec les besoins du public cible ou des entreprises. <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> – axe Parcours d’insertion et de reclassement des demandeurs d’emploi handicapés ou ayant des problèmes de santé : « Dans l’expérience relatée ici, l’auteur [qui est le coordinateur du PDITH] va introduire des schémas notamment un schéma synthétique du parcours symbolisant à la fois les grandes phases du parcours mais aussi les ruptures de parcours. C’est ce schéma symbolique forcément réducteur mais porteur d’une signification suffisamment précise et partagée qui va permettre la formulation des orientations communes possibles d’une politique locale concertée. Ce schéma a permis de structurer les discussions collectives autour de la notion structurante de parcours « remobilisation-reclassement-formation-insertion » et permis une médiation entre les souhaits impulsés par les acteurs locaux généralistes de l’emploi (Pôle Emploi...), les souhaits et préoccupations des différents organismes et institutions spécialisés jouant un rôle distinctif dans ce parcours mais aussi les membres de la gouvernance (notamment les financeurs) ». (Michaux, 2010, 2016, p. 129 – figure p. 130). – Axe Prévention des licenciements pour raison de santé : « Le diagnostic établi [...] montre que c’est l’absence d’une représentation du système global d’interdépendances dans lequel les acteurs agissent au quotidien voire l’ignorance de l’appartenance à un tel système... » (p. 118). Dans un premier temps, l’image que ce diagnostic renvoie aux acteurs leur permet de se représenter le système global [...]. Chaque acteur peut alors se représenter et discuter plus facilement de son positionnement... [...] cette représentation commune du problème crée les conditions favorables à un dialogue constructif et les conditions d’une prise de conscience par chacun des acteurs de sa contribution potentielle et du rôle éventuel qu’il peut jouer dans un futur système de prévention » (Michaux, 2010 ; 2016, p. 118). – Axe services aux entreprises : « Ce diagnostic [élaboré par le coordinateur] présenté aux différents acteurs concernés a permis de poser les bases d’un projet collaboratif alliant la crédibilité d’un porte-parole comme le MEDEF départemental et les compétences des organismes spécialisés. [...]. Les évaluations tri-annuelles menées de 1996 à 1998 ont montré un taux d’efficacité important de ce projet collaboratif par rapport aux opérations de sensibilisation menées dans les autres départements uniquement par les MEDEF du Val de Marne » (Michaux, 2010 ; 2016, pp. 156-157). « Au cours de la première année (1996), 1350 décideurs ont ainsi été contactés. 300 rendez-vous ont été assurés par les organismes spécialisés pour initier un processus de fidélisation. Les 6 organismes référents concernés ont recueilli 500 offres d’emploi... [...] Le diagnostic initial faisait apparaître une forme d’incompétence collective à partir d’organisations compétentes. [...] ce projet a permis une articulation optimum des rôles et des compétences... » (Michaux, 2010, 2016, p. 158).

3	<p>Fabrique de convergence et de consensus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Au-delà des problèmes de bonne coordination entre les différentes organisations pour une meilleure prise en charge des salariés, des demandeurs d’emploi ou des entreprises, différents enjeux plus larges ont été pris en compte : transformer les craintes des organismes spécialisés quant à la mesure de leur performance (financés uniquement en fonction de leurs résultats) en motivation à travailler ensemble ; diminuer la sensation de concurrence entre les organismes spécialisés de reclassement eux-mêmes (financés en fonction du nombre de personnes accueillies) et entre ceux-ci et les organismes généralistes au profit de nouvelles complémentarités de rôles ; prendre en compte les difficultés de certaines institutions à mieux remplir certaines de leurs nouvelles missions d’accompagnement (c’était le cas à l’époque de pôle emploi et de l’Assurance Maladie). • Les discussions sans fin sur les problèmes et les solutions dans le cadre du PDITH d’un autre département (Gayraud, 2006) montre à quel point la construction des consensus optimum n’est pas possible tant que des enjeux « parasites » plus larges n’ont pas été traités. • Chaque programme d’action élaboré collectivement apporte une valeur ajoutée aux différentes organisations concernées pour remplir plus facilement leur mission et atteindre leurs objectifs. La satisfaction, l’adhésion et la motivation des parties prenantes sont donc – dès le départ – importantes. « [On observe] <i>la prise de conscience par tous les acteurs de sa contribution actuelle aux problèmes de coordination et sa possible contribution pour mettre en place des solutions cohérentes dans le cadre d’une politique concertée... [mais aussi] l’acceptation par toutes les parties prenantes de subordonner l’action de sa propre institution ou organisation à ce système d’interdépendance tant au niveau des réflexions que de la mise en œuvre</i> » (Michaux, 2010 ; 2016, p. 187).
4	<p>Prise de décision concertée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La gouvernance est composée des acteurs précisés dans les textes de référence et d’un Comité de pilotage et de trois instances de coordination (Michaux, 2010 ; 2016, pp.87-90). Le partage de la décision est établi comme une règle au démarrage de la démarche. Le coordinateur est sans arrêt dans l’obligation de rappeler cette règle à toutes les parties prenantes (y compris aux pilotes) et donc porte également un rôle de régulateur. La vision partagée, fédératrice et mobilisatrice co-construite au fur et à mesure des épisodes de diagnostic joue également un rôle prédominant pour assurer une régulation entre les acteurs. • Certains organismes ou institutions ont été responsabilisés dans la mise en œuvre des actions collaboratives multi-partenariales, devenant eux-mêmes des relais ou des chefs de projet. Le choix de ces porteurs de projet a été négocié avec l’ensemble des parties prenantes réduisant ainsi tous conflits de rôles ou de pouvoir. Les solutions co-construites apportent bien aux organismes des ressources pour mieux accomplir leur propre mission et mieux aider les personnes. Il y a bien création de consensus optimum au sens développé dans la première partie de cet article.
5	<p>Rôle du tiers</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le coordinateur joue bien un rôle de tiers médiateur ou traducteur tel que défini dans la première partie de cet article. Il permet aux initiateurs institutionnels de la démarche (Etat, AGEFIPH) de mieux dialoguer avec les parties prenantes locales sur l’ensemble des conséquences et difficultés apportées par toutes les réformes et mutations du contexte. • Neutralité par rapport aux problématiques et au système d’acteurs : le coordinateur est une personne recrutée de façon ad hoc qui n’a jamais travaillé dans aucune des organisations concernées. • Rôle important de régulation et de création de sens. Le coordinateur passe beaucoup de temps à donner du sens à la démarche. Pour cela, il active tous les leviers habituels de la communication (logo pour incarner la démarche collective, documents de communication, etc.) et développe des actions ad-hoc au fur et à mesure du temps pour réguler les acteurs. <p>Exemple tiré de l’axe services aux entreprises : « <i>Au départ, le MEDEF départemental connaissait mal les organismes spécialisés dont la connotation sociale les rendait à ses yeux, peu enclin à s’impliquer dans les réalités économiques. Si le MEDEF a accepté d’engager sa crédibilité pour introduire les organismes spécialisés auprès des entreprises, c’est parce qu’un travail commun a été fait avant et pendant l’action. Il s’est d’abord révélé indispensable de créer un langage commun [...] puisque chacun avait sa propre méthode ou son propre argumentaire pour aborder l’entreprise. Puis cet argumentaire a été ajusté jusqu’à ce qu’il satisfasse les exigences du MEDEF</i> ». (Michaux, 2010 ; 2016, p.157).</p>

3. DISCUSSION : LES DIMENSIONS OUBLIÉES PAR LES THÉORIES CLASSIQUES DE LA PROBLÉMATISATION

En reprenant les auteurs historiques qui se sont intéressés aux phénomènes de problématisation (notamment l'« *action research* » et l'« *action science* », le développement organisationnel (« *OD* ») et la théorie de la traduction), nous avons identifié plusieurs facteurs en jeu dans l'échec ou la réussite des diagnostics partagés multi-organisationnels : la prise de conscience par les acteurs de la nécessité de changer, les modalités de confrontation des points de vue entre les parties prenantes, le rôle des « outils de médiation » et du « tiers médiateur-traducteur ». Une revue de la littérature complémentaire a conduit à ajouter à ces bases théoriques habituellement utilisées trois autres facteurs : la nécessité de la création d'un consensus qui ne soit pas minimum (accord *a minima* qui n'est pas engageant pour les organisations et qui n'aboutit pas au passage à l'acte), mais optimum (accord « gagnant-gagnant » assorti d'un passage à l'acte) ; la notion de prise de décision collégiale, et donc la nécessité d'un consensus sur les mécanismes de prise de décision (gouvernance) ; la neutralité et la légitimité du tiers médiateur traducteur. Si l'analyse d'une étude de cas au prisme de cette grille permet de valider l'intérêt de ces cinq facteurs, elle permet également d'identifier des dimensions oubliées des théories classiques de la problématisation, et donc des points de vigilance qui n'apparaissent pas forcément dans la littérature : l'expression et la prise en compte des enjeux, la nécessité de figer le consensus au fur et à mesure, le cheminement du général vers le particulier.

3.1 L'expression et la prise en compte des enjeux

Beaucoup de travaux mettent l'accent sur les aspects cognitifs du processus de problématisation. L'étude de cas développée ici montre qu'il existe une seconde dimension en jeu. De façon générale, beaucoup de matériaux de médiation – diagnostic initial, documents d'accords inter-médiataires, etc. – ont été introduits au fur et à mesure de la démarche, pour que les différentes

organisations parties prenantes confrontent leurs points de vue et obtiennent des consensus inter-médiataires permettant d'avancer. Pour bien comprendre l'intérêt de ces phases elles-mêmes et des matériaux de médiation introduits, il faut avoir à l'esprit que les représentations cognitives individuelles des problèmes ne sont pas structurées : elles ne sont pas « prêtes » à l'emploi, ni à être partagées. C'est vrai de la représentation des problèmes et des solutions dans le contexte de la prise de décision (modèle de la corbeille, Cohen *et al.*, 1972). C'est aussi vrai dans les processus de confrontation de points de vue entre experts via des technologies collaboratives (Boland et Tenkasi, 1997). Même en permettant à des experts d'interagir à distance pour construire une carte mentale commune des problèmes et de leurs causes, on constate que chaque expert a besoin de se remémorer des situations précises et d'interagir avec les autres experts pour commencer à créer des relations de causes à effets. Ces travaux montrent à quel point la représentation partagée des problèmes et de leurs causes n'est pas une simple mise en commun, mais résulte d'un processus de co-construction progressif par phase où l'apport de chacun fait réfléchir les autres. Ceci correspond au versant cognitif du processus le plus connu.

Cette recherche met néanmoins également en évidence la place des enjeux, des préoccupations, des divergences ou des désaccords entre les parties prenantes dans le processus de diagnostic. Quand ces derniers sont évacués, aucun projet commun ne réussit à émerger entre de nombreuses parties prenantes car chacun en reste à discuter sans fin des problèmes et des solutions possibles (Gayraud, 2006). Dans l'étude de cas développée ici, la réflexion sur les besoins des personnes et des entreprises prend en compte les nouvelles modalités de travail inter-organisationnelles pouvant répondre au contexte anxigène de l'époque. Ici aussi, il ne s'agit pas d'une simple mise en commun, mais d'un processus où l'expression des enjeux des uns rend possible l'expression des enjeux des autres³. Dans le cas présenté, la construction et l'introduction dans les débats de matériaux de médiation ont permis à la fois un travail cognitif (inférence du sens autour de quelques couples

3. . Nous reprenons ici la notion d'enjeu telle qu'elle est exprimée dans les approches sociopolitiques de Crozier et Friedberg (1977) : ce qui est en jeu pour les individus et les groupes, ce qu'ils peuvent gagner ou perdre et qui induit leur stratégie.

« problèmes-solutions »), mais aussi un travail « politique » (inférence du sens autour des « préoccupations-enjeux »). Ce résultat rejoint les travaux portant sur les concertations territoriales dans le domaine de l'environnement : Allain (2009) montre par exemple l'apparition de tensions fortes entre des parties prenantes portant sur les contextes d'usage de l'eau d'un territoire. C'est bien l'expression de ces tensions qui va permettre aux acteurs locaux de décrypter les présupposés sur lesquels était fondé un projet de barrage controversé. L'expression des tensions va aboutir à repenser, recadrer et finalement reformuler le problème de régulation en jeu entre les acteurs locaux. En conclusion, comme il n'y a aucune représentation structurée claire des problèmes ou des enjeux pour aucun des participants au démarrage d'un diagnostic partagé, cette recherche montre qu'il est impératif que le tiers médiateur traducteur utilise des matériaux de médiation favorisant une construction collective large qui ne se focalise pas uniquement sur l'identification rationnelle de problèmes-solutions. Il est indispensable de travailler sur les préoccupations qui sont réellement enjeux pour les parties prenantes, qui sont en général beaucoup plus larges que les problèmes.

3.2 La nécessité de figer le consensus au fur et à mesure

L'étude de cas développée dans cet article montre plusieurs épisodes successifs de cadrage cognitif- politique qui vont permettre de traduire les objectifs très flous de la loi en finalités qui ont du sens pour les parties prenantes. Ces épisodes vont permettre aux acteurs de co-construire une vision commune de ce que le PDITH « est » et « fait », qui remporte l'adhésion et la satisfaction car les enjeux des organisations ont bien été pris en compte. Le PDITH devient un projet commun incarné par une symbolique forte (un logo symbolisant un réseau de compétences) et une série de projets multi-partenariaux, qui ont tous pour finalité la mise en synergie des organisations spécialisées et non spécialisées. L'analyse menée ici montre que « la mise en projet » progressive (émergence de solutions concertées) se fait en même temps que le diagnostic des problèmes. Cette « mise en projet » nous paraît ici une autre notion fondamentale pour expliquer le succès ou l'échec d'un diagnostic partagé. Les travaux de Denis *et al.* (2011) confirment cette importance.

Ces auteurs s'intéressent à certaines pathologies de la décision (des escalades d'indécisions) qui apparaissent dans les démarches concertées entre de multiples organisations (ici recombinaison de l'offre de soins entre plusieurs hôpitaux). Cette pathologie viendrait d'une incapacité à se mettre d'accord sur les détails, engendrée par l'aspect trop superficiel du consensus sur le sens de la démarche collective. Pour ces auteurs, dans les situations d'escalade d'indécisions, les acteurs ont suffisamment de motivation pour rester engagés dans le processus de réflexion qui devrait les conduire à trouver ensemble des solutions mais ne réussissent pas à se mettre d'accord. Il s'agit de situations où les personnes impliquées font, défont et refont les décisions stratégiques sans jamais les implémenter, avec à la longue une dépense d'énergie et de ressources importante pour très peu de résultats. Or, cette incapacité est expliquée par la difficulté d'obtenir un consensus optimum sur les détails : Denis *et al.* (2011) montrent très bien la dialectique entre l'engagement des parties prenantes dans l'idée du projet (réification), qui se ne maintient qu'au prix de laisser les problèmes et les thèmes communs de préoccupation en suspens sans jamais lever les ambiguïtés.

Le remède à cette difficulté réside dans un travail de réification, au sens de processus qui consiste à « donner forme » à l'expérience et aux connaissances, en produisant des artefacts qui la « matérialisent ». Cette réification est rendue possible au fur et à mesure que les préoccupations des parties prenantes sont verbalisées et prises en compte par le tiers. Les couples « préoccupations-problèmes-enjeux-solutions » sont alors plus faciles à faire apparaître. Ces deux processus itératifs (réification dans un projet collectif et cadrages cognitif et politique) se déroulent en même temps, et constituent les deux facettes de la construction d'un consensus de plus en plus précis sur les problèmes et les solutions. Le tiers médiateur traducteur confirme être un rouage essentiel du diagnostic partagé : c'est bien lui qui « fait sens » des débats, qui donne le sens (Gimet, 2014).

Cette recherche met l'accent sur ce rôle de réification (stabilisation du sens), notamment au travers de tous les documents qu'ils produisent en amont ou en aval des séquences d'échanges. Ces matériaux de réification ne sont jamais définitifs, puisqu'ils sont faits pour être discutés, amendés, ajustés, corrigés, complétés voire complètement réécrits si besoin par les parties prenantes au fur

et à mesure où ces matériaux leur permettent de mieux projeter leurs propres problèmes, solutions, préoccupations et enjeux et rentrer ainsi dans un processus collectif de négociation de sens et d'accords intermédiaires. La double production de matériaux de médiation et de réification apparaît comme un facteur de succès dans l'étude de cas développée ici. Comme nous l'avons souligné dans notre revue de la littérature, les outils de gestion dont on parle traditionnellement dans les ressources humaines supportent une activité opérationnelle pérenne, et donc ne constituent pas des matériaux qui supportent des processus de problématisation et de médiation entre différentes parties prenantes. Les outils de gestion ne sont donc pas assimilables aux outils de médiation ou de réification initiaux ou intermédiaires, introduits par un tiers médiateur traducteur au cours d'un diagnostic partagé, même s'ils sont issus d'un phénomène de réification des règles, des normes, des standards, des critères d'évaluation d'une organisation.

3.3 Un cheminement du général vers le particulier

Le diable est souvent dans les détails. Les travaux portant sur les cascades d'indécisions montrent également une difficulté : on peut être d'accord sur les grandes lignes sans jamais trouver d'accord sur les détails. Les théories de la négociation nous offrent ici aussi une grille de lecture intéressante pour approfondir les phénomènes en jeu. Rappelons, que les travaux dominants dans le domaine de la négociation, jusque dans les années 1970, perçoivent la négociation comme une série de concessions réciproques sur des points détaillés permettant d'atteindre progressivement une convergence. De façon très schématique, les parties concernées vont lâcher progressivement différents points de négociation. Les travaux de Zartman (1977) vont remettre en cause cette conception en montrant des phénomènes finalement assez similaires à ceux mis en évidence dans les domaines cognitif et technologique. Parce que les parties n'ont pas des représentations très structurées, elles ne réussissent à se mettre d'accord au démarrage que sur des grandes lignes très générales, tant sur l'identification des questions à traiter que sur les enjeux qu'ils représentent (premier consensus que l'auteur appelle « formule »). Cette phase va rendre possible une série de négociations sur des points de plus en plus précis. La négociation des

consensus optimum pour les parties prenantes apparaît donc comme un processus permettant d'enchaîner une série de consensus intermédiaires dont la particularité est d'être de plus en plus précis et détaillés et donc de rendre possible le passage de la philosophie (du pourquoi) aux détails (au comment).

Cette grille d'analyse nous permet de mieux comprendre les facteurs de succès dans l'étude de cas développée ici. On retrouve bien les différentes phases intermédiaires de négociation qui respectent les séquences de Zartman, avec une itération qui permet de passer du général/global/valeur/finalité (dimension holistique stabilisant des valeurs et des finalités) à des accords possibles sur des points de plus en plus précis et opérationnels. La démarche a commencé par des phases de négociation globales, holistiques, affectives, autour des préoccupations et enjeux des parties prenantes (construction de finalités communes, d'une philosophie partagée, consensus sur des valeurs collectives attachées à la démarche). Cette « mise en projet » correspondait à une série de premiers consensus très globaux rendant possibles des phases de négociation où les acteurs locaux ont pu rentrer par phase progressivement dans des discussions plus détaillées malgré le contexte de mutation. Cette série de consensus intermédiaires du global-holistique au détail-analytique apparaît ainsi comme la seule façon de pouvoir cheminer – avec les initiateurs de la démarche – vers des consensus dit « optimums » entre les parties prenantes. Le mode de gouvernance souple adopté a permis des points de validation réguliers avec les pilotes de la démarche, qui ont permis à l'ensemble des organisations impliquées de cheminer toutes ensemble. Le rôle du tiers apparaît ici comme crucial pour guider les acteurs locaux au cours des différentes séquences de négociation et ainsi éviter le piège des escalades d'indécisions.

CONCLUSION ET ENSEIGNEMENTS PRATIQUES

Cet article permet d'ouvrir la « boîte noire » des diagnostics partagés inter-organisationnels, en offrant un balisage théorique et empirique sur un processus peu abordé encore par la recherche académique. Partager les problèmes et leurs causes ainsi que les solutions possibles, même si toutes les parties prenantes sont de bonne

volonté et engagées, ne suffit pas. Beaucoup de démarches restent au stade d'un consensus minimum qui n'est jamais mis en œuvre ou *a minima* faute d'être jugé pertinent. La conduite des diagnostics partagés constitue donc une pratique spécifique pour laquelle certains points de vigilance sont essentiels. Pour favoriser son déroulement dans de bonnes conditions, nous pouvons, à la lumière de cette recherche, formuler les recommandations suivantes :

- **Etablir un mode de gouvernance adapté.** Le diagnostic partagé ou participatif nécessite un contrat clair entre les parties prenantes (y compris l'initiateur de la démarche s'il est externe). Des mécanismes de gouvernance souples mais suffisamment précis pour favoriser la prise de décision de chaque partie prenante et la validation des consensus intermédiaires qui seront co-construits tout au long de la démarche.
- **Explicitier les enjeux et les différends même s'ils dépassent l'objet du diagnostic partagé.** Des phases sont nécessaires pour guider les débats. C'est en introduisant, tout au long du processus, les enjeux des parties prenantes (craintes, préoccupations, priorités divergences, etc.), même s'ils sont plus larges que les problématiques traitées, et en traitant au fur et à mesure les différends et antagonismes, que l'on peut construire un consensus « optimum ».
- **Installer un tiers médiateur traducteur « neutre », qui recourt à des matériaux de médiation.** Il revient à un professionnel qui jouera un rôle de tiers médiateur de construire et d'introduire des matériaux de médiation qui favorisent à la fois l'expression des enjeux et la verbalisation des différends. Pour jouer ce rôle de médiateur traducteur, il est important que ce professionnel ne soit pas une partie prenante du système d'acteurs considéré mais externe au système d'acteurs considéré pour être en position de mieux travailler sur les différends. Au démarrage, un premier matériel de médiation est le diagnostic initial externe reconnu comme étant un bon point de départ pour le processus.
- **Enclencher la construction de consensus intermédiaires.** Un diagnostic partagé ne suit pas forcément une séquence exhaustive de diagnostic de tous les problèmes puis une séquence exhaustive de co-construction de toutes les solutions. Les parties prenantes n'ayant pas de représentations structurées

claires des problèmes, il apparaît plus efficace d'inférer progressivement des couples « préoccupations-problèmes-enjeux-solutions », au fur et à mesure de la démarche, pour que le processus de co-construction s'enclenche plus facilement autour de consensus intermédiaires.

- **Utiliser des matériaux de réification (pour stabiliser les consensus) en complément des matériaux de médiation (favorisant l'expression des différends).** Au-delà des matériaux de médiation (qui favorisent le traitement des différends et antagonismes), la notion de matériaux de réification est intéressante. Ces matériaux donnent forme et stabilisent les consensus intermédiaires au fur à mesure de la démarche. Il revient au tiers médiateur également de formaliser ces matériaux de réification à partir des points d'accord trouvés, et d'adopter une progression dans ces matériaux. Les matériaux de réification ne seront pas de même nature que l'on soit au démarrage ou à la fin de la démarche. Au démarrage de la démarche, ces matériaux de réification portent plus sur le sens de la démarche (le « pourquoi » du projet collectif), puis progressivement sur les principes de la démarche (la philosophie adoptée) pour rentrer enfin sur le choix des problèmes-solutions qui vont faire consensus (le « comment »).
- **N'aborder les détails que lorsque le cadre et les finalités sont stabilisés.** Enfin, construire un consensus « optimum » passe des consensus d'abord sur les finalités et la philosophie générale puis sur des points de plus en plus précis. Les discussions sur des éléments trop détaillés trop tôt ont plus de chance de rester au stade de la spirale de l'indécision. Le tiers doit donc guider le travail participatif au travers de ces différentes étapes en partant du niveau global-holistique vers le niveau détails-analytique.

Malgré les limites du cas unique, cette recherche met finalement l'accent sur l'importance de la méthodologie utilisée pour mener les diagnostics partagés, ainsi que sur le positionnement et sur les compétences méthodologiques du tiers médiateur-traducteur. Elle ouvre donc un champ de recherche large.

BIBLIOGRAPHIE

- Akrich M., Callon M., Latour B. (2006) *Sociologie de la traduction – Textes fondateurs*, Presses de l'École des Mines, Paris.
- Aktouf O. (1987) *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations*, Presses de l'Université du Québec, Sillery.
- Allain S. (2009) « Décrypter l'activité délibérative dans la régulation territoriale par la négociation », *Revue Négociations*, Vol. 2, n° 12, pp. 229-243.
- Angot S. (2013) « Plans climat-énergie territoriaux et Agendas 21. Des outils institutionnels au service de la transition ? », *Mouvements*, vol. 75, n° 3, pp. 125-134.
- Argyris C. (1985) *Action Science, Concepts, methods, and skills for research and intervention*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Arnstein S.R. (1969) « A Ladder of Citizen Participation », *Journal of the American Institute of Planners*, Vol. 35, n° 4, pp. 216-224.
- Bacqué M.H., Biewener C. (2013) « L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? », *Idées économiques et sociales*, vol. 173, n° 3, pp. 25-32.
- Barret P., Guiheneuf P-Y et Douillet R. (2003) « La négociation, médiation ou concertation, les nombreuses voies du dialogue territorial » *Première Biennale Internationale de la Négociation*, Négocia, 11 p. (décembre).
- Bele M.Y., Sonwa D.J., Tiani A.M. (2013) « Supporting local adaptive capacity to climate change in the Congo basin forest of Cameroon: A participatory action research approach », *International Journal of Climate Change Strategies and Management*, Vol. 5, n° 2, pp. 181-197.
- Billé R. et Mermet L. (2003) *Concertation, Décision et Environnement : regards croisés (Vol. 1 et 2)*, La Document Française, Paris.
- Boland R. J. & Tenkasi R. V. (1997) « Communication and Collaboration in Distributed Cognition » in Bryman A. (1989) *Research Methods and Organization Studies*, Contemporary Social Research Series, Routledge, London.
- Bryman A. (2001) *Social Research Methods*, Oxford University Press, New-York.
- Calamel L., Defélix C., Pichault F. (2016) « Les pôles de compétitivité, des formes organisationnelles aptes à innover en gestion des ressources humaines ? », *Management international*, volume 20, numéro 4 – été 2016, pp. 146-157.
- Callon, M. (1986) « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des marins-pêcheurs et des coquilles Saint-Jacques dans la baie de Saint-Brieuc », *L'Année sociologique*, vol. 36., pp. 169-208.
- Catley A., Okoth S., Osman J., Fison T., Njiru Z., Mwangi J., Jones B.A., Leyland T.J. (2001) « Participatory diagnosis of a chronic wasting », *Preventive Veterinary Medicine*, Vol. 51, n° 3-4, pp. 161-181.
- Cohen, M. D., March, J. G., and Olsen, J. P. (1972). « A garbage can model of organizational choice ». *Administrative Science Quarterly*, Vol. 17, n° 1, pp. 1-25.
- Crozier M., Friedberg E. (1977) *L'acteur et le système*, Paris, Le Seuil.
- Defelix C. et Picq T. (2013) « De l'entreprise étendue à la « gestion des compétences étendue » : enjeux et pratiques en pôles de compétitivité », @ *grh*, Vol. 2, n° 7, p. 41-66.
- Defelix C., Degruel M., Le Boulaire M., Retour D. (2013) « Elargir la gestion des ressources humaines aux dimensions du territoire : quelles réalités derrière les discours ? », cahier spécial « RSE, DD, GRH et Territoire. Vers de nouveaux modèles de gestion partenariale et territorialisée ? », *Management & Avenir*, n° 59, pp. 99-117.
- Denis, J.-L., Dompierre, G., Langley, A. and Rouleau, L. (2011), 'Escalating indecision: between reification and strategic ambiguity', *Organization Science*, Vol. 22, n° 1, pp. 225-244.
- Everaere, C., & Glée, C. (2014) « Une GPEC territoriale ? De l'outil de gestion à l'institutionnalisation d'une nouvelle forme de GRH », *Management et Avenir*, Vol. 7, n° 73, pp. 73-91.
- Gayraud L. (2006) *La politique d'emploi des personnes handicapées, genèse et mise en œuvre d'une politique ordinaire*, Thèse de doctorat de l'Université Bordeaux 2.
- Gimet P. (2014) *Gouvernance et Leadership des écologies favorables à l'innovation dans le secteur des services à la personne*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion de l'Université d'Aix-Marseille.
- Gray B. (1989). *Collaborating. Finding common ground for multiparty problems*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Houessou B. (2015) *Le processus de construction d'une GPEC-Territoriale : réflexion à partir de dispositifs de GPECTerritoriale pilotée par la Chambre de Métiers et de l'Artisanat de LoiretCher*, Thèse de doctorat de l'Université de Rennes 1.
- Igalens J. et Roussel P. (1998) *Méthode de recherche en gestion des ressources humaines*, Economica, Paris.
- Joerin F., Desthieux G., Billeau Beuze S. Nembrini A. (2009) « Participatory diagnosis in urban planning: Proposal for a learning process based on geographical information » *Journal of Environmental Management*, Vol. 90, n° 6, pp. 2002-2011.
- Lewin K. (1939) « Field Theory and Experiment in Social Psychology: Concepts and Methods » *American Journal of Sociology*, Issue 4, pp. 868-897. Réédité in Lewin K. (1997) « Resolving Social Conflicts and Field Theory in Social Science », *American Psychological Association*, Washington, pp. 262-278.

- Lewin K. (1946) « Action Research and Minority Problems », *Journal of Social Issues*, Issue 2, pp. 34-46. Réédité in Lewin K. (1997) « Resolving Social Conflicts and Field Theory in Social Science », *American Psychological Association*, Washington, pp. 143-152.
- Law J. et Hassard J. (1999) *Actor Network Theory and After*, Blackwell and Sociological Review, Oxford.
- Mazzilli, I. (2011) *Construire la GRH territoriale : une approche par les dispositifs de gestion et la théorie de l'acteur-réseau*, thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Grenoble.
- Mazzilli, I. (2013) « Construire un dispositif de gestion des ressources humaines territorial : une affaire de traduction », In D. Chabault, A. Hulin, D. Leroy et R. Soparnot, *La gestion des ressources humaines au service des réseaux d'innovation*, Ed. L'Harmattan, 2013, p. 137-155.
- Mazzilli, I. et Pichault, F. (2015) « La construction des dispositifs de GRH territoriale : grille d'analyse et modalités du processus de traduction », *Management International*, Vol. 19, n° 3, pp. 31-46.
- Mazzilli I. (2016) « Dans les rouages de la GPEC territoriale : surmonter les tensions pour élaborer une stratégie collaborative », *@grh*, 2016/1, n°18, pp. 39-63.
- Mermet L. (2006) La « concertation » : un terme flottant pour un domaine mouvant ?, *Revue Négociations*. Vol. 1, n° 5, pp. 75-79.
- Michaux V. (1996) *Le rôle de la communication, de l'information et de l'organisation dans le développement des compétences collectives, le cas des plans départementaux d'insertion des travailleurs handicapés d'Ile de France*, Mémoire de DEA, Université Paris IV-Sorbonne, CELSA, Sous la Direction du Professeur Carpentier, Paris IV-Sorbonne.
- Michaux V. (2010) *Gouvernances et démarches territoriales concertées, conditions de performance et valeurs ajoutées*, Habilitation à Diriger les Recherches de l'Université de Pierre Mendès France, Grenoble II, Avril.
- Michaux V. (2011) « Les déterminants de la performance des gouvernances territoriales. Le cas des stratégies concertées de développement durable des territoires », *Revue Française de Gestion*, Octobre 2011, vol. 37, n° 217, pp. 35-60.
- Michaux V. (2016) *Politique locale concertée : du diagnostic à l'évaluation des impacts, Territorialisation des politiques publiques, stratégie territoriale, gouvernance locale : méthodes et facteurs clés de succès*, Editions Universitaires Européennes, Saarbrückuen.
- Michaux, V., Defelix, C., & Raulet-Croset, N. (2012). « Boosting territorial multi-stakeholder cooperation, coordination and collaboration: strategic and managerial issues ». *Management & Avenir*, n° 50, p. 122.
- Ouellet A. (1994) *Processus de recherche, une introduction à la méthodologie de la recherche*, Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy.
- Plivard, I. (2010) « La pratique de la médiation interculturelle au regard des populations migrantes... et issues de l'immigration », *Connexions*, vol. 93, n° 1, pp. 23-38.
- Quélin-Souligoux D. (2003) « De l'objet à la médiation », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, vol. 41, n° 2, pp. 29-39.
- Raulet Crozet N. (1998) « Du conflit à la coopération autour d'un problème d'environnement : une première étape, la construction d'un cadrage », *Revue Gérer et Comprendre, Annales des Mines*, n° 51, pp 4-14 (mars).
- Raulet Crozet N. (2016) De la coopération à l'organisation territoriale émergente : à la jonction des situations, des espaces et des activités, HDR Université Paris 1, Panthéon Sorbonne.
- Rouquet A (2012) « Les standards interorganisationnels Des outils de gestion s'intégrant toujours dans les rapports marchands ? », *Revue française de gestion*, vol. 220, n° 1, 2012, pp. 31-49.
- Susskind L., McKernan S. et Thomas-Larmer J. (1999) *A Comprehensive Guide to Reaching Agreement*. London
- Tandon R., Fernandes W. (1984). *Participatory Evaluation: Theory and Practice*. New Delhi: Indian Institute for Social Research.
- Touzard H. (2006a) « Consultation, concertation, négociation. Une courte note théorique ». *Revue Négociations*, Vol 1, n° 5, pp. 5-33.
- Touzard H. (2006b) « De la négociation à la médiation. Analyse des processus qui relient ces deux situations », *Revue Négociations*, Vol 2, n° 6, pp. 21 à 28.
- Wacheux F. (1996) *Méthodes Qualitatives et Recherche en Gestion*, Collection Gestion, Economica, Paris.
- Whyte W. (1991) *Participatory action research*. Sage, Thousand Oaks.
- Xhaufclair V. et Pichault F. (2012). Du Tiers à la Tercéisation. Modalités d'une fonction essentielle pour l'émergence d'une régulation à l'échelon inter-organisationnel », *Négociations*, automne-hiver, pp. 43-59.
- Xhaufclair, V. (2011) *La formation de régulations équilibrées et pérennes au niveau inter-organisationnel, Le cas des pratiques de mutualisation de main-d'œuvre*, Liège, Editions de l'Ulg, Thèse de troisième cycle.
- Zartman W. (1977), "Negotiation as a joint decision-making process", in Zartman W. (éd.), *The Negotiation Process*, Beverly Hills, Sage Publications.