# Les ateliers de créativité collective : une ressource pour la formation à l'interprofessionnalité [1] ?

**Alexandre Oboeuf**
Techniques et Enjeux du Corps, EA3625, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité
**Emmanuel Fernandes**
Centre Amiénois de Recherche en Éducation et Formation, EA 4697, Université de Picardie Jules-Verne
**Maxime Hautbout**
Techniques et enjeux du corps », EA3625, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité
**Delphine Carissimo**
Laboratoire d'Innovations Pédagogiques, Université Catholique de Lille

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 3, No 2 | pp. 55-71
Reçu le : 17/03/2017 | Accepté le : 25/09/2017

**Résumé :** La collaboration interprofessionnelle est devenue un enjeu majeur des pratiques contemporaines en santé. Pourtant, des écueils freinent sa pleine expression dans les établissements de soin. L'influence écrasante des statuts professionnels fait partie de ces obstacles. Afin de fragiliser l'empreinte statutaire et favoriser l'exercice de cette collaboration, des expérimentations pédagogiques sont menées avec des acteurs du soin. Cet article présente une de ces expérimentations : les journées de créativité collective. Ces dernières consistent à confronter des acteurs d'horizons divers à une suite articulée d'ateliers de divergence et de convergence. Les deux journées organisées, ainsi que l'analyse minutieuse des temps de parole de sept participants aux socialisations éclatées, témoignent de l'intérêt pédagogique de cet outil. On note une contribution globale homogène entre les différents protagonistes ainsi qu'une participation grandissante des « acteurs faibles » du soin au fil de la journée (étudiant, senior et résident Alzheimer). Les ateliers de divergence, associés à la participation du résident, dévoilent un affaiblissement des statuts et *in fine* une meilleure collaboration. Ces résultats invitent au déploiement de journées de créati-

1. Nous remercions vivement Hélène Justinien, Lou Dargaisse, Jeanne Dargaisse et Pierre Oboeuf pour leur éclairant recul et leurs précieux conseils.

vité collective dans les formations initiales et continues afin de favoriser le développement d'une culture de l'inter-professionnalité.

**Mots-clés :** créativité collective, statut professionnel, collaboration interprofessionnelle, climat d'innovation, formation.

## Introduction

La collaboration interprofessionnelle est devenue un enjeu majeur des pratiques contemporaines en santé (WHO, 2010 [2] ; Aiguier, Oboeuf, 2015). La pluralité des pathologies, inhérente notamment à l'allongement de l'espérance de vie, invite à articuler divers aspects biopsychosociaux dans une perspective de soin centrée sur le patient. Forte de ce constat, l'OMS a réaffirmé son soutien à une éducation et une pratique de l'interprofessionnalité. Elle les positionne comme des stratégies ayant à la fois le potentiel de favoriser les meilleurs résultats cliniques pour le patient et celui de permettre la gestion efficace de la crise mondiale en personnel de santé (Barr, Koppel, Reeves, Hammick, Freeth, 2005). Raisons pour lesquelles notre équipe de chercheurs en sciences humaines et sociales (psychologues, sociologues, anthropologues et éthiciens) réfléchit actuellement aux facteurs et aux approches pédagogiques favorisant une meilleure collaboration entre les différents acteurs du soin [3]. Un des chercheurs de cette équipe, sociologue de formation, travaille depuis plusieurs années sur la qualité de vie des personnes présentant un Alzheimer ou une maladie apparentée, plus particulièrement dans le contexte des EHPAD (« Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes »). Des opportunités d'expérimentations pédagogiques se sont présentées en 2015 et 2016 lorsque deux directions d'EHPAD ont sollicité ce chercheur dans l'optique de mettre en place des journées de réflexion autour du vivre-ensemble dans leur établissement. Ces commandes ont été l'occasion d'expérimenter une méthodologie et de réfléchir à son impact sur la collaboration entre les acteurs du soin : les journées de créativité collective (Oboeuf, Aiguier, Loute, 2016). Ces dernières consistent à réunir des acteurs d'horizons divers (soignants, formateurs, étudiants, architectes, patients / résidents, chercheurs) afin qu'ils réfléchissent ensemble sur un thème donné. Deux chercheurs-animateurs formés à cette méthodologie, dont le sociologue, se chargent de construire un protocole visant, par une succession d'ateliers, à faciliter la montée en créativité du groupe. Nous entendons par créativité « la capacité à réaliser une production qui soit à la fois nouvelle et adaptée au contexte dans lequel elle se manifeste » (Lubart, 2015, p. 23). Cet article interroge la capacité d'une journée de créativité collective à favoriser l'exercice de la collaboration entre les acteurs du soin. En toile de fond, c'est aussi l'intérêt du recours à cette approche pédagogique dans les formations initiales et continues qui sera interrogé.

Après avoir présenté un des écueils majeurs de la collaboration, *i.e.* l'influence des statuts professionnels, nous présenterons la méthodologie déployée et le contenu des ateliers mis en place dans les deux établissements. Un groupe de sept personnes représentatif des différents acteurs du soin constituera le socle de notre partie empirique. Une analyse du

2. WHO (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*.

3. Nous entendons par collaboration l'acte par lequel plusieurs acteurs du soin cherchent à réaliser une tâche ou un projet en commun.

temps de parole de chaque participant sera engagée afin de voir l'influence des statuts sur les échanges selon les ateliers de créativité proposés. L'intérêt de cette méthodologie pour faciliter la collaboration sera ensuite discuté.

## 1 Les statuts professionnels : un frein à la collaboration ?

Cette contribution n'a pas pour ambition de résoudre tous les problèmes organisationnels, institutionnels et situationnels inhérents à la collaboration dans les établissements de soin (Oandasan, Reeves, 2005). Elle vise à réfléchir à la manière dont cette dernière peut s'exprimer plus aisément dans les formations et les pratiques de soin au quotidien. Le statut professionnel [4], qui définit la manière dont une personne doit penser et agir selon sa formation, semble représenter un véritable frein à l'inter-professionnalité (Moscovici, 2013 ; Aiguier, Oboeuf, Cobbaut, Vanpée, 2015). Chaque statut implique l'actualisation d'un rôle différent et donc de comportements effectifs distincts. Dans le système de santé, un médecin a un statut qui l'invite à se conduire d'une certaine façon, ce qui le différencie par exemple du patient ou de l'infirmier, amenés à se comporter dans un tel système tout autrement. Une recherche témoigne de cette forte ténacité des statuts sur les échanges entre professionnels du soin (Aiguier, Oboeuf, 2015). Dans cette expérimentation, l'analyse d'une séance d'auto-confrontation des acteurs à leur activité (dont l'objet est une discussion autour de la sortie éventuelle d'un patient) révèle l'autorité qu'exercent le médecin (30,5 % du temps de parole), la formatrice cadre de santé (27,7 %) et la surveillante générale (26,2 %). L'autorité de ces trois acteurs au cœur des débats (84,4 % du temps) tranche avec le faible temps de parole de la cadre de santé infirmière (10,3 %) et surtout de la formatrice en soins infirmiers (5,3 %). Cette répartition du temps de parole semble corroborer l'hypothèse d'une certaine forme de reproduction de la hiérarchie professionnelle, particulièrement marquée à l'hôpital (Balazs, Rosenberg-Reiner, 2005). Rendre les relations professionnelles moins asymétriques fait partie des facteurs favorisant le développement d'une culture de la collaboration interprofessionnelle dans les soins (Hall, 2005). Peu de méthodologies parviennent à affaiblir cette influence statutaire et en conséquence à modérer son impact sur la collaboration [5].

## 2 Les journées de créativité collective

### 2.1 Pourquoi mobiliser cette méthodologie ?

La pluralité des pathologies et l'articulation de divers aspects biopsychosociaux invitent les acteurs du soin à s'adapter collectivement, en permanence, aux difficultés qu'ils rencontrent. Autrement dit, au-delà de la résolution de problèmes selon des procédures préétablies liées à nos statuts, ce sont bien les capacités à faire preuve d'adaptabilité et de créativité collective qui sont convoquées par ces nouvelles problématiques (Loveless, Burton, Turvey, 2006 ; Aiguier, Oboeuf, Cobbaut, Vanpée, 2015). Apprendre à des professionnels ou à des étudiants à raisonner différemment et à travailler sur des projets collaboratifs de manière créative représente dans cette optique une piste intéressante. Cela pourrait

4. « La place qu'un individu donné occupe dans un système donné à un moment donné est son statut par rapport à ce système. » (Linton, 1959, p. 71.)

5. Précisons toutefois que nos statuts exercent toujours ici ou là quelques effets : ils transitent aussi *via* nos attitudes, nos gestes, nos mimiques, nos comportements moteurs et notre « façon de parler » (Goffman, 1974 ; Winkin, 2001). Nous les avons « incorporés » ; le dessein est d'atténuer leur influence.

permettre d'atténuer l'influence statutaire et favoriser le nécessaire développement d'une culture de l'inter-professionnalité (Besançon, Lubart, 2015 ; Oboeuf, Aiguier, Loute, 2016). Des expérimentations pédagogiques autour de journées de créativité collective prennent ici leur sens et leurs racines.

Une journée de créativité collective repose sur une hypothèse forte : celle de la complémentarité entre la pensée convergente et la pensée divergente. La pensée divergente s'entend comme la capacité d'une personne à produire un grand nombre de réponses à une question donnée (fluidité), mais aussi comme la capacité à trouver des idées qui sortent du cadre de réflexion habituel (flexibilité). La pensée convergente est entendue comme la capacité à trouver la meilleure réponse à un problème donné. Notons que ces deux pensées ont longtemps été opposées. Aujourd'hui, cette dichotomie est frappée d'obsolescence : il a été montré que la créativité augmentait de manière significative en cas d'implication commune des deux pensées (Jaarsveld, Lachmann, Van Leeuwen, 2012). Il existe une « interaction créative » (Necka, 2003) entre les deux pensées qui se relayent et dialoguent au cours du processus de créativité. Notons que la créativité ne se réduit pas à ces deux mécanismes. Ainsi, dans l'approche multi-variée, la créativité nécessite la combinaison interactive de facteurs cognitifs (intelligence, connaissance), conatifs (style cognitif, traits de personnalité, motivation), émotionnels mais aussi environnementaux (Lubart, Mouchiroud, Tordjman, Zenasni, 2015). Si les facteurs cognitifs et conatifs suscitent de longue date l'attention des psychologues, c'est moins le cas des émotions et surtout des facteurs environnementaux. Malgré la pertinence de l'étude de l'environnement créatif, les recherches dans ce domaine restent plutôt rares. D'une manière générale, la créativité est centrée sur l'individu plutôt que sur le contexte créatif. Le chercheur peut se questionner : une journée de créativité collective facilite-t-elle la mise à distance statutaire et l'émergence d'une collaboration plus nourrie entre les acteurs du soin ? En lien avec cette problématique, nous pouvons formuler deux hypothèses. La première est que l'articulation des ateliers favorise la prise de distance statutaire et la collaboration. La seconde est que le climat affectif mais aussi la présence et la participation du patient à ces journées sont des facteurs facilitant l'exercice de cette collaboration.

## 2.2 Présentation du contenu des ateliers de créativité collective proposé

### *2.2.1 Instaurer un climat favorable à la créativité collective*

Après un temps d'accueil, nous avons souhaité consacrer la matinée à l'instauration d'un « climat d'innovation » favorable aux échanges. L'objectif premier visait la fragilisation des statuts professionnels qui agissent comme des inhibiteurs d'échanges et représentent un obstacle à la collaboration et à la montée en créativité du collectif (Oboeuf, Aiguier, Loute, 2016). C'est la raison pour laquelle un atelier de « brise-glace » a d'emblée été proposé [Tab. 1]. Les analogies et les métaphores favorisent une prise de distance avec l'influence statutaire en convoquant l'affectivité des participants. Le second atelier se veut plus rationnel : il s'agit de construire un langage commun autour du vivre-ensemble en EHPAD en identifiant et en définissant les problèmes inhérents à son fonctionnement. Identifier, définir et redéfinir un problème représente un facteur clé de la créativité (Ochse, 1990). C'est en faisant un état des lieux des représentations communes sur une question, en comparant un idéal à une situation actuelle, que les acteurs peuvent déceler des manques ou des besoins (Lubart, Mouchiroud, Tordjman, Zenasni, 2015). Le troisième

Tableau 1 – Présentation du déroulement de la matinée, avec les différents ateliers proposés, leurs objectifs respectifs et les articulations sous-jacentes

| **Intitulés et temporalités dédiées** | **Déroulés** | **Objectifs et articulations** |
|---|---|---|
| « Présentation miroir » (brise-glace) Durée : 45' 9h15 à 10h00 | Pour cet exercice, les participants se mettent par deux (présentation miroir). Après les 10 minutes allouées à la préparation, chacun présente son binôme. L'originalité est qu'on doit le présenter au prisme de deux questions. S'il était... Un personnage ? *Pourquoi ?* Un objet ? *Pourquoi ?* Chacun doit aussi raconter trois anecdotes de vie de son binôme... dont une seule est vraie ! Les participants tentent de deviner laquelle. | • Faire connaissance *via* la porte d'entrée affective. En toile de fond, l'idée est d'affaiblir l'influence des statuts. |
| « Les tables tournantes ! » (*brainstorming*) Durée : 45' 10h00 à 10h45 | « Qu'est-ce qui vous agace, vous énerve, dysfonctionne dans un EHPAD ou une maison de retraite ? » Il s'agit de partager nos représentations sur le vivre-ensemble en EHPAD à travers trois thèmes (un par table) : les aspects architecturaux, relationnels et ceux relatifs aux pratiques des soignants. Les groupes vont tour à tour changer de table afin d'enrichir le débat (toutes les 10'). On sollicite en amont un hôte par table qui se chargera de présenter ce qui a déjà été dit aux nouveaux arrivants. On finit par une présentation. Pour toutes les difficultés relevées, on parlera de « Mur de anomalies ». | • Continuer à faire connaissance ;<br>• poser un langage commun en partageant nos représentations ;<br>• identifier et définir collectivement les problèmes inhérents au fonctionnement d'un EHPAD. |
| « Les planches créatives » Durée : 45' 10h45 à 11h30 | Chaque groupe (n = 3) doit ensuite construire et jouer sous forme de saynète une histoire la plus farfelue possible en utilisant chacune des images d'une planche. Sur chaque planche sont représentés des éléments non directement associables : un objet (ex : un tire-bouchon), un animal (ex : un lion), un métier (ex : un médecin), une personne en action (exemple : une personne âgée jouant à la pétanque), un endroit (ex : la lune) et une phrase (ex : « C'est une bonne nouvelle ! »). Seule contrainte : l'histoire doit avoir une morale. Il s'agit *de facto* d'un atelier préparatoire. | • Prendre distance avec l'influence statutaire en mobilisant l'absurde et la mise en scène ;<br>• en lien avec l'affaiblissement des statuts, renforcer la propension à oser et la prise de risque des participants. |
| « Dessine-moi un EHPAD » Durée : 60' 11h30 à 12h30 | « Pouvez-vous nous dessiner l'EHPAD le plus accueillant possible ? » Afin de favoriser la recherche de solutions créatives, nous invitons les trois groupes à intégrer trois contraintes du « Mur des anomalies » : une contrainte d'ordre « relationnel », une d'ordre « pratique » et enfin, une d'ordre « architectural ». Nous laissons 30 minutes de préparation puis 30 minutes sont dédiées à la présentation (vernissage). | • Mobiliser les représentations mentales des participants (dessin) ;<br>• obtenir des solutions nouvelles et adaptées. |

atelier est mis en place avec des saynètes favorisant la désinhibition émotionnelle et corporelle des participants [Tab. 1]. En effet, Puozzo (2016, p. 113) souligne combien est marquée « l'intrication et les croisements des substrats neuronaux des contenus cognitifs et émotionnels des réalisations créatives avec la nature spontanée ou délibérée de leur expression. En corollaire, ces mécanismes peuvent générer une nouvelle prise de distance statutaire (Oboeuf, Aiguier, Loute, 2016). Par effet de vases communicants, cet atelier renforce aussi la propension à oser et à prendre des risques, facteurs clés de la créativité (Lubart, Sternberg, 1995). Le dernier atelier de la matinée invite les acteurs du soin à dessiner l'EHPAD le plus accueillant possible. Les schémas et dessins présentent un intérêt de tout premier plan dans l'acte créatif (Fernandes, 2014). Cette visualisation de la pensée s'affirme comme particulièrement utile car elle ne présente pas les limites bien définies des

représentations verbales (Kim, 1990). Ainsi, la représentation graphique, concrétisation de nos représentations mentales, favorise les échanges et le partage des idées dans la mesure où « les images sont facilement altérables, peuvent représenter de multiples aspects d'un problème, [et] peuvent être manipulées rapidement » (Lubart, Mouchiroud, Tordjman, Zenasni, 2015, p. 31).

#### *2.2.2 De la créativité collective... à l'innovation partagée ?*

Premier exercice de l'après-midi, le jeu des acronymes favorise la flexibilité cognitive des participants afin de remobiliser leurs aptitudes créatives en aval du déjeuner. Comme le suggèrent Zabellina et Robinson (2010), la flexibilité est impliquée dans la créativité dans la mesure où elle reflète la mobilité et la souplesse de la pensée, mais aussi la capacité et la volonté de changer de registre pour explorer de nouvelles pistes. Ce premier exercice est pensé en harmonie avec le deuxième atelier de l'après-midi, qui convoque lui aussi la flexibilité mentale des participants. Il s'agit de se projeter en 2030 [Tab. 2]. Cette projection fait office de décadrage partiel favorisant la flexibilité cognitive et la comparaison sélective (analogies et métaphores). Soulignons que la créativité se base fortement sur le « principe de corrélation », mécanisme clé de la pensée analogique et métaphorique. Cette corrélation offre l'opportunité d'extraire et de transférer une idée d'un contexte à un autre pour faire émerger une autre idée, corrélée à la première, mais qui se révélera nouvelle (Lubart, Mouchiroud, Tordjman, Zenasni, 2015). Le troisième atelier de l'après-midi est le dernier mobilisant à titre principal la pensée divergente. Trois groupes sont formés et les participants vont devoir individuellement proposer le plus d'idées possibles, de la plus simple à la plus farfelue, afin d'améliorer le vivre-ensemble en EHPAD. Ce temps réflexif individuel doit permettre de donner un grand nombre d'idées (fluidité) en plébiscitant par ailleurs le changement d'angle *via* la pluralité des catégories abordées (flexibilité) et l'originalité des réponses permises. Le quatrième atelier marque le retour à la pensée convergente. Chaque groupe va maintenant devoir réfléchir, choisir, combiner, reconstruire parmi toutes les idées proposées pour n'en garder que dix dans chaque thème, jugées les plus innovantes pour améliorer le vivre-ensemble. Enfin, le dernier exercice vise l'intégration de ces éléments innovants à l'EHPAD dessiné en fin de matinée. D'autres idées nouvelles, dont le déploiement reste ouvert dans le creuset de cet atelier, sont prescrites lors de la modification de la production.

## 3 Participants, recueil et traitement des données

### 3.1 Participants aux séances de créativité collective

Deux journées distinctes, regroupant des participants de statuts équivalents, ont été organisées dans deux villes françaises : Lille et Paris. Le dessein était de faire émerger des innovations fonctionnelles (pratiques soignantes), relationnelles et architecturales pour améliorer le vivre-ensemble en EHPAD. La première journée a lieu à Lille en janvier 2015 et fait office de recherche exploratoire. La seconde journée, réalisée en octobre 2016 à Paris, permet de filmer certains participants lors des ateliers. Cette demande a été intégrée à l'invitation et acceptée par l'ensemble des protagonistes. Soulignons que si le fait de filmer les participants favorise notamment l'émergence du biais de désirabilité, le travail

Tableau 2 – Présentation du déroulement de l'après-midi, avec les différents ateliers proposés, leurs objectifs respectifs et les articulations sous-jacentes

| Intitulés et temporalités dédiées | Déroulés | Objectifs et articulations |
|---|---|---|
| « Le jeu des acronymes » (individuel) Durée : 15' 14h00 à 14h15 | Nous laissons 10 minutes pour répondre à quinze équations auxquelles succèdent 5 minutes de correction collective. Donnons un exemple d'équation : DT = POTUS (réponse : Donald Trump = President of the United States). | • Remobiliser les participants à travers un exercice de flexibilité cognitive. |
| « La "une" d'un journal en 2030 » Durée : 45' 14h15 à 15h00 | L'idée est d'imaginer la une d'un journal en 2030 : « Ils l'ont fait ! CAPA-CITÉ ouvre son 1 000e CBEPA (« Centre de bien-être pour personnes âgées »). Son directeur visionnaire nous explique les raisons de ce succès. » Les journalistes en herbe doivent, au cœur de cette projection, expliquer les facteurs clés de ce succès. Trois groupes sont formés, 30 minutes sont allouées à la préparation et 15 minutes à la présentation collective. | • Diversifier les angles d'attaque en convoquant la flexibilité cognitive ; • mobiliser l'univers des analogies et des métaphores (comparaison sélective) ; • mettre en lumière un panel de solutions nouvelles et créatives qui soient transférables (ou non) dans le cadre de la réflexion sur l'EHPAD de demain. |
| La pioche créative (individuel) Durée : 15' 15h00 à 15h15 | Sur la base de tous les échanges réalisés en amont et de son expérience propre, chaque participant va noter le maximum d'idées pour améliorer le vivre-ensemble dans l'EHPAD de demain et ce de la plus simple à la plus farfelue ! Chaque répondant est invité à donner toutes les idées qui lui passent par la tête sur chacun des trois thèmes (architecture, relationnel ou pratiques). Chaque protagoniste utilise 1 post-it par idée qu'il positionne ensuite au centre de la table. | • Donner un grand nombre d'idées (fluidité) en plébiscitant par ailleurs le changement d'angle *via* l'originalité des réponses permises (flexibilité et originalité). |
| La pioche créative (collectif) Durée : 25' 15h15 à 15h40 | Sur base de l'ensemble des propositions, chacun des trois groupes va devoir réfléchir, choisir, combiner afin d'aboutir à dix idées innovantes pour chaque thème. | • Favoriser la convergence collective afin d'obtenir dix idées innovantes par groupe et par thème. |
| « Redessine-moi un EHPAD ! » Durée : 50' 15h40 à 16h30 | Il s'agit de venir greffer les éléments innovants de l'atelier précédent au dessin réalisé en fin de matinée. Cette dernière production dure 30 minutes, suivies de 20 minutes de présentation au collectif. | • Enrichir le dessin initial afin de construire un EHPAD innovant (aspects architecturaux, pratiques et relationnels). |

en groupe et les ateliers de créativité collective seraient favorables à l'appauvrissement de ce biais et à la banalisation de l'outil (Oboeuf, Aiguier, Loute, 2016).

Dix-neuf personnes participent à la journée de créativité collective à Lille : trois cadres de santé, un médecin, une aide-soignante, deux infirmiers, un étudiant en 3e année de kinésithérapie, un étudiant en 2e année d'ergothérapie, deux architectes, un chercheur en sciences sociales, trois seniors bénévoles et enfin, quatre résidents présentant un Alzheimer ou une maladie apparentée. Pour la journée organisée à Paris, dix-sept personnes participent à l'expérimentation. On note la présence d'un seul architecte et d'un seul cadre de santé. Deux médecins participent à la journée au lieu d'un. Les statuts au sein des groupes sont proches. Notons qu'aucune personne ne participe à la fois à la journée organisée à Lille et à celle organisée à Paris.

### 3.2 Recueil et traitement des données

Après ces journées de créativité, nous analysons minutieusement les films réalisés pendant les ateliers en groupe. Notre intérêt se porte sur la collaboration entre les acteurs du soin, raison pour laquelle nous évinçons de l'analyse les ateliers individuels tels que le « Jeu des acronymes » et la « Pioche créative individuelle ». Notre objectif est de mieux comprendre les racines de la collaboration, afin d'en faciliter l'émergence et la pleine expression. À cette fin, nous recueillons le temps de parole de chaque participant en fonction du type d'atelier proposé [Tab. 1 et 2]. Il s'agit d'un des indicateurs possibles pour nourrir la réflexion autour de l'influence des statuts et la collaboration entre les acteurs du soin. Il ne s'agit pas d'un indicateur exclusif. Dans d'autres expérimentations pédagogiques, notamment des séances d'auto-confrontation, s'intéresser aux contenus des échanges présente un intérêt de tout premier plan (Aiguier et Oboeuf, 2015). Dans une journée de créativité, il nous semble plus pertinent de nous attarder sur la progression quantitative des échanges. En effet, ces journées reposent sur le postulat qu'aucune idée n'a plus de valeur qu'une autre, chaque idée étant une participation à l'émergence de propositions collectives (Winkin, 2001). Même si questionner le contenu des échanges reste intéressant et complémentaire, nous faisons le choix dans cette première analyse de nous attarder uniquement sur les aspects quantitatifs, tout en connaissant les limites que cela peut susciter. Cela ne présage en rien de la qualité des échanges, même si elle en est un des indicateurs. Il s'agit d'une recherche exploratoire. En effet, suite à l'analyse préalable réalisée à Lille, l'équipe de recherche décide de se focaliser à Paris sur sept participants (un groupe) afin de faire émerger leur contribution aux débats : un cadre de santé (homme, 48 ans, ergothérapeute de formation), un médecin (homme, 42 ans), une aide-soignante (femme, 51 ans), une infirmière (femme, 28 ans), une étudiante (femme, 22 ans, 3$^{e}$ année de kinésithérapie), un senior (homme, 71 ans, aidant familial) et une résidente Alzheimer (femme, 79 ans). Ce groupe est constitué en amont de la journée dans l'optique de cette recherche. L'objectif étant d'observer un groupe composé de l'ensemble des acteurs habituels du soin. Dans ce groupe, il y a les « acteurs légitimes du soin », autrement dit les professionnels et les « acteurs faibles » (Payet, Giulani, Laforgue, 2008), autrement dit le résident, le senior et l'étudiant. Ces derniers sont des « acteurs faibles » dans la mesure où ils sont indispensables... mais sont *in situ* jugés moins légitimes. Pendant l'analyse, nous prenons aussi en considération les « silences » et les « échanges non attribuables » (interaction simultanée entre plusieurs participants qui indique aussi une incapacité ponctuelle à s'écouter) qui se révèlent variables selon les ateliers. Ils témoignent d'une plus ou moins grande dynamique selon la situation proposée. Le temps de parole global qui est analysé est de 1 heure et 49 minutes [6]. Tous les participants ont-ils été mobilisés par les débats ? Cette contribution diffère-t-elle selon les ateliers proposés ? Autrement dit, certains ateliers favorisent-ils les échanges et donc la collaboration interprofessionnelle ?

6. Pour une telle temporalité, le relevé minutieux des temps de parole de chaque participant en fonction des ateliers nécessite un travail d'une vingtaine d'heures environ.

# 4 Résultats relatifs aux journées de créativité collective

## 4.1 Répartition globale du temps de parole par participant (sur 109,2 minutes)

Les résultats du groupe parisien observé témoignent d'un temps de parole hétérogène entre les différents acteurs. Cette analyse de la distribution du temps met en lumière une plus forte participation aux débats de certains acteurs du soin. Le médecin utilise 22 % du temps de parole global (soit 1 439", *i.e.* 24') et le cadre de santé 21,5 % (1408" ou 23,5'). Ce duo de tête est suivi par l'infirmière et l'aide-soignante qui animent respectivement l'échange 13,5 % (887" ou 14,8') et 11,5 % (754" ou 12,6') du temps alloué. La participation globale de ces deux acteurs se révèle temporellement très proche. Notons qu'en enlevant les temporalités liées aux « silences » (4,7 % soit 5,1') et aux « échanges non attribuables » (4,3 % soit 4,7'), une répartition homogène du temps de parole donnerait 13 % (14,2') par participant. Ainsi, on observe une faible étendue suggérant une hétérogénéité sensible et peu marquée. Dans ce classement, nous trouvons ensuite l'étudiant (8,9 % soit 9,8') et le senior (8,5 % soit 9,3'). Le résident présentant un Alzheimer ferme la marche avec 5,1 % du temps de parole (soit 5,6').

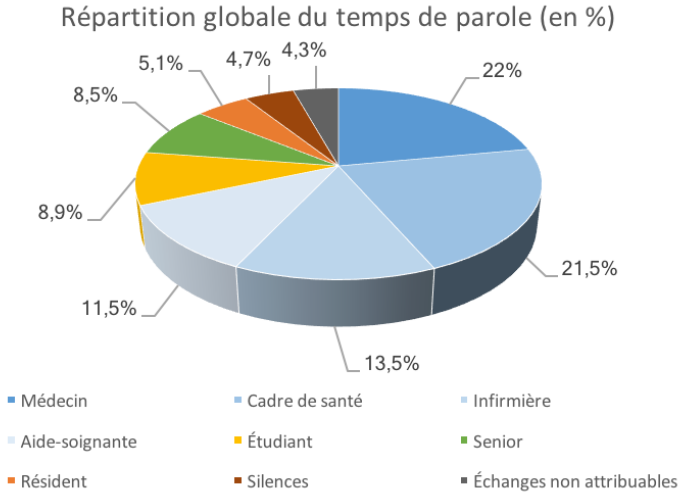



FIGURE 1 – Répartition du temps de parole par participant

## 4.2 Une répartition du temps de parole atelier – dépendante et évolutive

Nous présentons ici les répartitions de temps de parole par participant selon les ateliers de créativité collective proposés [Tab. 3]. Les résultats sont à la fois présentés en secondes (") mais aussi sous forme de pourcentages. Par exemple, on constate que pour l'atelier 1, le médecin prend la parole 33,9 % du temps (soit 633"), le cadre de santé 31,3 % (soit 583") tandis que le résident Alzheimer alimente cet atelier seulement 0,5 % du temps (soit 9"). Nous constatons par ailleurs que le temps alloué évolue au fil de la journée. En effet, si la participation du résident semble asymptotique lors des premiers débats, elle évolue massivement au fil de la journée. Ainsi, elle atteint 8,2 % (soit 84") lors de l'atelier 3 (« Dessine-moi un EHPAD ») et même 9,7 % (120") lors du dernier atelier (« Redessine-

moi un EPHAD »). Nous constatons une évolution positive du temps de parole de certains acteurs au fil de la journée (étudiant, résident, senior). En effet, l'étudiant passe d'un engagement verbal de 2,3 % lors de l'atelier 1 à un engagement de 13,2 % lors du dernier atelier. De même, on attribue 3,4 % du temps de parole au senior lors de l'atelier 1 contre 12,7 % lors de l'ultime atelier. Au fil de la journée, la répartition du temps de parole semble s'équilibrer entre les différents acteurs du soin. L'emprise du médecin et du cadre de santé sur les échanges existe toujours, mais elle se révèle de moins en moins marquée. Nous remarquons en outre que les échanges non attribuables, indicateurs d'une incapacité ponctuelle des participants à s'écouter, baissent au fil de la journée. Ils passent de 12,7 % (atelier 2) à 1 % du temps imparti (atelier 6). Le faible pourcentage associé à l'atelier 1 (2,8 %) s'explique peut-être par « un temps d'observation » entre professionnels au démarrage de la journée. Pour créditer cette thèse, on constate d'ailleurs des temps de silence répétés dans ce premier atelier (6 % soit 1,9').

Tableau 3 – Répartition du temps de parole par participant selon les ateliers créatifs proposés

| | **ATELIER 1 « Les tables tournantes ! » 1864" (31,1')** | **ATELIER 2 « Les planches créatives » 727" (12,1')** | **ATELIER 3 « Dessine-moi un EHPAD » 1017" (17')** | **ATELIER 4 « La une d'un journal en 2030 » 880" (14,7')** | **ATELIER 5 La pioche créative (collective) 823" (13,7')** | **ATELIER 6 « Redessine-moi un EHPAD ! » 1241" (20,7')** | **TOTAL 6552" (109,2')** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cadre de santé** | 583" (31,3 %) | 141" (19,4 %) | 148" (14,6 %) | 145" (16,4 %) | 203" (24,7 %) | 188" (15,1 %) | 1408" *(21,5 %)* |
| **Médecin** | 633" (33,9 %) | 129" (17,7 %) | 171" (16,8 %) | 132" (15 %) | 219" (26,6 %) | 155" (12,5 %) | 1439" *(22 %)* |
| **Aide-soignante** | 177" (9,5 %) | 81" (11,1 %) | 125" (12,3 %) | 109" (12,4 %) | 80" (9,7 %) | 182" (14,7 %) | 754" *(11,5 %)* |
| **Infirmière** | 193" (10,3 %) | 92" (12,7 %) | 160" (15,7 %) | 129" (14,7 %) | 111" (13,5 %) | 202" (16,3 %) | 887" *(13,5 %)* |
| **Étudiant** | 42" (2,3 %) | 62" (8,5 %) | 110" (10,8 %) | 137" (15,6 %) | 71" (8,6 %) | 164" (13,2 %) | 586" *(8,9 %)* |
| **Senior** | 63" (3,4 %) | 70" (9,6 %) | 121" (11,9 %) | 99" (11,2 %) | 48" (5,8 %) | 158" (12,7 %) | 559" *(8,5 %)* |
| **Résident** | 9" (0,5 %) | 28" (3,9 %) | 84" (8,2 %) | 64" (7,3 %) | 28" (3,4 %) | 120" (9,7 %) | 333" *(5,1 %)* |
| **Silences** | 112" (6 %) | 32" (4,4 %) | 20" (2 %) | 39" (4,4 %) | 45" (5,5 %) | 59" (4,8 %) | 307" *(4,7 %)* |
| **Échanges non attribuables** | 52" (2,8 %) | 92" (12,7 %) | 78" (7,7 %) | 26" (3 %) | 18" (2,2 %) | 13" (1 %) | 279" *(4,3 %)* |

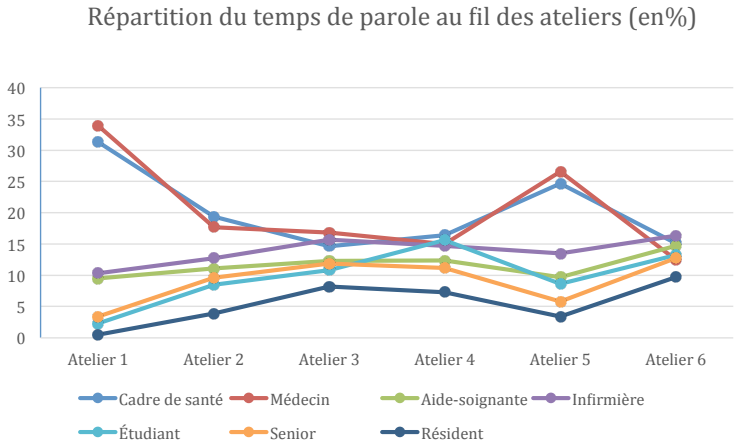



FIGURE 2 – Répartition du temps de parole par participant selon les ateliers créatifs proposés

Cette évolution de la participation au fil de la journée doit être approfondie. Quels sont les ateliers les plus propices à la collaboration de tous les protagonistes ? Si nous nous attardons sur les résultats, nous constatons que les plus grandes étendues sont relevées dans les ateliers 1 (« Les tables tournantes ») et 5 (« La pioche créative »). Nous constatons que ce sont les deux ateliers de pensée convergente, lorsqu'il faut trouver la meilleure réponse à un problème donné, qui favorisent le plus l'influence statutaire. Dans le premier atelier, cette influence est marquée : la parole est conservée 65,2 % du temps par deux des sept participants (médecin et cadre de santé). Ce résultat est toujours important lors de l'atelier 5 où ces deux acteurs utilisent 51,3 % du temps alloué. Ces résultats sont intéressants à double titre. En effet, s'ils attestent de l'impact des statuts sur les ateliers de convergence, ils montrent aussi que même dans un tel cadre, l'influence statutaire diminue au fil du temps (65,2 % à 51,3 %).

Les ateliers de divergence, ou ceux mobilisant le dessin ou les saynètes, semblent plus propices à la montée en équilibre de la répartition du temps alloué : la collaboration semble y trouver un terrain d'expression plus favorable. Le médecin et le cadre de santé mobilisent 37,1 % du temps dans l'atelier 2, 31,4 % dans l'atelier 3, 31,4 % dans l'atelier 4 et enfin, 27,6 % dans le dernier atelier. Ce double constat, à savoir la temporalité utilisée par deux acteurs dans les ateliers de convergence, mais aussi l'évolution progressive de la participation de l'ensemble des protagonistes, apparaît de manière éclatante sur le graphique [Fig. 2].

Les résultats attestent d'une certaine homogénéité dans les temps de parole des différents acteurs du soin. Ce processus d'équilibration semble dépendant à la fois du type d'atelier proposé, mais aussi de l'augmentation du temps de collaboration dans un tel contexte. Peut-on proposer une explication à cette apparente symbiose groupale (Aharpour, Brown, 2002) ? Quels sont les mécanismes qui sous-tendent une meilleure collaboration entre les acteurs du soin ?

# 5 Les journées de créativité collective : des environnements favorables à la collaboration

## 5.1 Des statuts moins tenaces au fil des ateliers

Les résultats relatifs à la tenue d'une journée de créativité collective sont encourageants. Premier point : nous constatons une influence positive du fil de la journée sur l'affaiblissement des statuts. L'articulation entre les ateliers de divergence et de convergence semble favoriser la montée en équilibre du temps de parole entre les différents protagonistes. Le médecin et le cadre de santé interviennent massivement lors des prémices de la journée (65,2 % du temps de parole global) mais beaucoup plus faiblement en aval (27,6 %). *A contrario*, chemin faisant, la participation des « acteurs faibles » (Payet, Giulani, Laforgue, 2008) évolue positivement. Le temps de parole du résident Alzheimer passe de 0,5 % à 9,7 %, celui du senior évolue de 3,4 % à 12,7 % et enfin, celui de l'étudiant de 2,3 % à 13,2 %. Au début de la journée, la répartition du temps de parole semble corroborer l'hypothèse d'une certaine forme de reproduction de la hiérarchie professionnelle, particulièrement marquée à l'hôpital (Balazs, Rosenberg-Reiner, 2005). C'est beaucoup moins le cas au fil de la journée. Deuxième point : la répartition du temps de parole semble dépendante du type d'atelier proposé. Les ateliers de convergence (ateliers 1 et 5) semblent moins propices que les ateliers de divergence à engendrer des échanges équilibrés. De surcroît, mobiliser le dessin ou mettre en place des saynètes semble être un terreau fertilisant pour la collaboration (Puozzo, 2016). En conservant uniquement les résultats des ateliers interrogeant la divergence par le truchement des outils graphiques ou scéniques, on constate une homogénéité plus prononcée des temps de parole : 16 % au lieu de 21,5 % pour le cadre de santé ; 15,2 % au lieu de 22 % pour le médecin ; 15,1 % au lieu de 13,5 % pour l'infirmière ; 12,9 % au lieu de 11,5 % pour l'aide-soignante ; 12,3 % au lieu de 8,9 % pour l'étudiant ; 11,6 % au lieu de 8,5 % pour le senior ; 7,7 % au lieu de 5,1 % pour le résident présentant un Alzheimer. Soulignons que nous ne relevons pas d'alliance particulière entre ces « acteurs faibles ». Par contre, les alliances qui se tissent *ab initio* entre professionnels semblent se fragiliser au fil de la journée. Même si de nouvelles recherches doivent être engagées, on peut penser que le déroulement de la journée, l'animation et les consignes dispensées facilitent les échanges entre les différents acteurs du soin. Manifestement, les journées de créativité collective semblent être des ressources intéressantes afin d'atténuer l'impact statutaire. Quels sont les processus ou les conditions favorisant la collaboration entre ces acteurs du soin ? Le climat d'innovation et la présence du patient semblent être des facteurs déterminants.

## 5.2 L'importance du climat d'innovation

Plus les ateliers proposés mobilisent l'affectivité des participants, plus les statuts restent muets et plus l'appétence collaborative s'avère marquée [Tab. 3]. Cette désactivation statutaire et ce réveil émotionnel sont particulièrement présents dans les activités de pensée divergente (Zenasni, Lubart, 2011) ou encore dans celles mobilisant la mise en scène (Puozzo, 2016). Celles-ci impacteraient positivement le niveau de confiance interpersonnelle entre les participants (Sellaro, Hommel, De Kwaadsteniet, Van de Groep, Colzato, 2014). En corollaire, dans un climat affectif positif mettant à distance la pression statutaire, les participants se sentent plus libres et moins évalués. Un tel climat favorise en

outre l'approche plutôt que l'évitement (Grawitch, Munz, 2005). Parmi les indicateurs de ce climat, nous soulignons à nouveau la participation croissante de l'étudiant, du senior et du résident. Cette progression des temporalités allouées témoigne de la liberté réelle ressentie par des acteurs aux statuts souvent marginalisés. La baisse notable de la catégorie « Échanges non attribuables » au fil des ateliers atteste aussi d'une écoute attentive et plus respectueuse entre les protagonistes, notamment celle des professionnels, autrement dit des « acteurs légitimes » du soin. Quinn et Dutton (2005) affirment par ailleurs que ce climat positif – ou « *energetic arousal* » – est contagieux. Comme l'est d'ailleurs le climat négatif lié à d'autres émotions comme l'apathie et le cynisme inhérent aux barrières statutaires que les individus hissent entre eux (Bruch, Ghoshal, 2003). Ces conclusions donnent du crédit aux abondants travaux sur la contagion émotionnelle (Chou, Huang, 2013). Certains travaux récents sur les « neurones miroirs » mettent d'ailleurs bien en exergue le fait que certaines émotions seraient partagées automatiquement (Rizzolatti, Craighero, 2004 ; Uithol, Franca, Heimann, Marzoli, Capotosto, Tommasi, Gallese, 2015). Concrètement, le système miroir simulerait l'état émotionnel d'autrui dans notre cerveau et faciliterait l'identification des émotions éprouvées par les personnes de notre environnement immédiat. Dans le cadre d'une séance de créativité collective, on peut donc raisonnablement penser que les émotions partagées catalysent ou inhibent l'influence statutaire et *de facto* la collaboration (Hall, 2005 ; Adler, Obstfeld, 2007). En retour, on peut penser que l'amélioration de la collaboration favorise une résonnance émotionnelle positive chez les participants. Le climat affectif positif joue un rôle central dans les processus de créativité collective, de mise à distance statutaire et d'émergence de la collaboration. Encore une fois, les ateliers et leurs articulations semblent être des éléments propices à favoriser son émergence. L'influence d'autres facteurs mériterait d'être interrogée, comme la posture des animateurs, le fait pour les participants de se trouver hors établissement, de ne pas connaître les autres membres du groupe avant la journée ou encore de participer à une recherche (Oboeuf, Aiguier, Loute, 2016). Des expérimentations pédagogiques doivent être menées afin de mieux circonscrire les différents facteurs favorisant l'émergence d'une culture de la collaboration. Insistons maintenant sur un autre facteur important : la présence et la participation du patient.

### 5.3 Le pari du sens : le résident partenaire de l'apprentissage ?

Bien qu'elle fasse peu débat, la participation pleine et entière des résidents aux décisions qui les concernent reste asymptotique. Vu leur grande fragilité et l'altération de leurs capacités, il semble difficile d'obtenir leur consentement et donc de récolter leur parole (Gil, 2010 ; Rousseau, 2009). Ainsi, ce seront souvent les personnes gravitant autour du malade d'Alzheimer qui seront interrogées sur le vécu et les pratiques de ce dernier (Argoud, Puijalon, 2003). Pourtant, une étude réalisée auprès de résidents en EHPAD a pu montrer que la participation de certains d'entre eux se révèle possible et surtout nécessaire (Oboeuf, D'Arripe, Aiguier, Carissimo, Collard, 2017). Possible, car sur vingt et un résidents sollicités pour parler de leur bien-être, treize questionnaires ont pu être menés à leur terme (62 %). Nécessaire, ensuite, car ce que les résidents disent dans ce questionnaire se trouve aux antipodes des réponses formulées par les familles et les soignants. En effet, pour les sept modalités du bien-être proposées, le classement par ordre d'importance se révèle très différent entre les résidents (Avoir des liens sociaux → Se sentir utile → Être en bonne santé → Ne pas s'ennuyer → Se sentir libre → Être dans

un lieu accueillant → Avoir une belle apparence), les soignants (Être en bonne santé → Avoir des liens sociaux → Être dans un lieu accueillant → Avoir une belle apparence → Se sentir libre → Ne pas s'ennuyer → Se sentir utile) et les familles (Être en bonne santé → Être dans un lieu accueillant → Avoir une belle apparence → Avoir des liens sociaux → Ne pas s'ennuyer → Se sentir utile → Se sentir libre). Les soignants et les familles peinent à repérer les facteurs favorisant le bien-être des malades (K = -0,05). Ils superposent leurs représentations propres sur celles qu'ils prêtent aux résidents. L'incapacité des résidents peut se révéler en aval, mais elle ne doit pas être décrétée et généralisée en amont (Gzil, Latour, 2008). Il faut faire le « pari du sens » (Rigaux, 1998). C'est le motif pour lequel nous avons intégré des résidents au dispositif. Les résultats sont concluants. Les malades d'Alzheimer mobilisés ont tous participé et montré un grand intérêt dans les débats. Plus particulièrement, le résident observé montre une participation grandissante au fil des ateliers (0,5 % à 5,1 %). Mais selon nous, la contribution du résident dépasse cette simple augmentation du temps de parole. Sa simple présence, couplée à des ateliers façonnant un contexte propice aux échanges (Oboeuf, Aiguier, Loute, 2016), semble inviter les autres protagonistes à requestionner leur agir en situation. La baisse significative des « échanges non attribuables » traduit cette évolution positive de l'écoute et du climat affectif (de 12,7 % dans l'atelier 2 à 1 % dans l'ultime atelier). La présence du résident peut contribuer à créer les conditions favorables à l'affaiblissement des statuts et donc à la collaboration entre les différents acteurs du soin (Aiguier, Oboeuf, Cobbaut et Vanpée, 2015). Ces constats appellent sans doute à ne plus uniquement se centrer sur le patient mais bien à apprendre à co-élaborer avec lui son devenir dans une logique d'agentivité (Bandura, 2001 ; Guilhaumou, 2012). Il n'est pas déraisonnable d'imaginer que le résident puisse, à ces égards, devenir un partenaire de l'apprentissage (Dumez, 2013 ; Oboeuf, D'Arripe, Aiguier, Carissimo, Collard, 2017).

## Pour conclure : irriguer les formations initiales et continues

Dans notre étude, la conjonction des ateliers de créativité et de la participation du résident plonge les participants dans un sommeil statutaire. Cette désactivation temporaire se révèle salutaire : elle favorise la collaboration entre les acteurs du soin. Inhérentes à la dyade divergence / résident, ces conditions situationnelles singulières peuvent générer un climat affectif positif facilité par l'intrusion des émotions dans le débat (Grawitch, Munz, 2005 ; Oboeuf, Aiguier, Loute, 2016). Ces conditions sont dites « capacitantes » dans la mesure où elles permettent de développer le « pouvoir d'agir » des acteurs du soin dans les situations qu'ils traversent (Falzon, 2005). Les étudiants, les seniors et les résidents trouvent dans ces journées de créativité un terrain d'expression inattendu. On peut penser que « *la clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements* » (Commission européenne, OMS, 2009). Les journées organisées représentent un des outils possibles pour accompagner cette mutation des relations de pouvoir. La pérennité de leur influence sur la collaboration devra néanmoins être questionnée dans d'autres recherches.

Les résultats de cette expérimentation, s'ils venaient à être confirmés par d'autres études, invitent à formuler une double proposition pour les formations en santé. Vecteurs princeps de la socialisation professionnelle, les formations initiales peuvent devenir des foyers de développement d'une culture de l'inter-professionnalité. À cette fin, l'organisation de

journées de créativité collective entre étudiants des différentes sphères du sanitaire et du social semble être une voie intéressante à explorer[7]. Des thèmes transversaux peuvent y être abordés, faisant de ces journées des « cliniques de concertation » (Chauvenet, 2016, p. 56) décloisonnant les formations en santé (Rodger, Hoffman, 2010 ; Thistlethwaite, Moran, 2010 ; Oboeuf, Aiguier, Loute, 2016). De plus, les ateliers de créativité collective permettent de développer des capacités d'adaptation précieuses dans ce système de santé aux pathologies plurielles. La seconde proposition serait de faire du patient ou du résident un partenaire de l'apprentissage (Dumez, 2013). À la lumière de nos résultats, il ne semble pas déraisonnable d'imaginer une participation accrue des acteurs concernés à ces journées en particulier et aux formations initiales et continues en général. En plus d'augmenter leur « pouvoir d'agir », cela favoriserait en outre au niveau groupal le réveil émotionnel des étudiants, l'affaiblissement des pressions statutaires et *in fine* le développement d'une culture de l'inter-professionnalité. Ces journées de créativité collective représentent ainsi une modeste contribution, un outil parmi d'autres afin de cesser de reproduire ce que nous prétendons combattre.

## Références bibliographiques

Adler, P., Obstfeld, D. (2007). The role of affect in creative projects and exploratory search. *Industrial and Corporate Change*, 16(1), 19-50.

Aharpour, S., Brown, R. (2002). Functions of group identification : An exploratory analysis. *Revue internationale de psychologie sociale*, 3-4, 157-186.

Aiguier, G., Oboeuf, A. (2015). L'autoconfrontation : un outil de gouvernance réflexive d'un apprentissage organisationnel de la collaboration interprofessionnelle dans les soins. *Travail et apprentissages*, 15, 7-31.

Aiguier, G., Oboeuf, A., Cobbaut, J. P., Vanpee, D. (2015). Activity confrontation methods : A reflexive and metacognitive approach for interprofessional collaboration training. *Journal of Interprofessional Care*, 29(5), 457-463.

Argoud D., Puijalon B. (2003). Enjeux et limites d'une prise en compte de la parole des vieux. *Gérontologie et société*, 106(3), 23-39.

Balazs, G., Rosenberg-Reiner, S. (2005). La composante universitaire dans la hiérarchie des disciplines hospitalières. *Actes de la recherche en sciences sociales, 1*(156-157), 115-118.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory : An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.

Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., Freeth, D. (2005). *Effective Interprofessional Education : Argument, Assumption and Evidence*. Oxford : Blackwell Publishing.

Besançon, M., Lubart, T. (2015). *La créativité de l'enfant. Évaluation et développement*. Bruxelles : Mardaga.

Bruch, H., Ghoshal, S. (2003). Unleashing organizational energy. *MIT Sloan Management Review*, 45, 45-51.

Chauvenet, A. (2016). « Clinique de concertation » et démocratie en éducation. *Éducation, Santé, Sociétés*, 3(1), 53-68.

Chou, M.-J., Huang, K.-P. (2013). Service quality : An emotional contagions perspective. *International Journal of Organizational Innovation*, 5(3), 221-235.

Dumez, V. (2013). La perspective du « patient partenaire » : une nécessité pour le futur en éducation des sciences de la santé. In Parent, F., Jouquan, J. (dir.), *Penser la formation des professionnels de la santé : une perspective intégrative*. Bruxelles : De Boeck.

Falzon, P. (2005). Ergonomics, knowledge development and the design of enabling environments. *Humanizing Work and Work Environments*, Guwahati, India, 10-12.

Fernandes, E. (2014). *Sport, représentation du corps et socialisation*. Sarrebruck : Éditions universitaires européennes.

7. Pionnières en la matière, les écoles de kinésithérapie et d'ergothérapie de Berck-sur-mer (62) et de Loos (59) se sont déjà lancées avec succès dans l'organisation de ces journées.

Gil, R. (2010). Maladie d'Alzheimer ou la quête de l'autonomie en contexte de fragilité. Le point de vue du neurologue. *Neurologie. Psychiatrie. Gériatrie*, 59(10), 193-196.

Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris : Minuit.

Grawitch, M. J., Munz, D. C. (2005). Individual and group affect in problem-solving workgroups. In C. E. J. Hartel, W. J. Zerbe et N. M. Ashkenasy (éds.), *Emotions in Organizational Behavior*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum.

Guilhaumou, J. (2012). Autour du concept d'agentivité. *Rives méditerranéennes*, 41, 25-34.

Gzil, F., Latour, F. (2008). À propos de quelques questions éthiques soulevées par la maladie d'Alzheimer. *Psychiatrie. Sciences humaines. Neurosciences*, 2(6), 99-109.

Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork : Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 188-96.

Jaarsveld, S., Lachmann, T., Van Leeuwen, C. (2012). Creative reasoning across developmental levels : Convergence and divergence in problem creation. *Intelligence*, 40, 172-188.

Kim, S. H. (1990). *Essence of Creativity : A Guide to Tackling Difficult Problems*. Londres : Oxford University Press.

Loveless, A., Burton, J., Turvey, K. (2006). Development conceptual framework for creativity ICT and teacher education. *Thinking Skills and Creativity*, 1(1), 3-13.

Linton, R. (1977 [1949]). *Le fondement culturel de la personnalité*. Paris : Dunod.

Lubart, T., Sternberg, R. J. (1995). An investment approach to creativity : theory and data. In S. M. Smith, T. B. Ward et R. A. Finke (éds.), *The Creative Cognition Approach*, 271-302. Cambridge (MA) : MIT Press.

Lubart, T., Mouchiroud, C., Tordjman, S., Zenasni, F. (2015). *Psychologie de la créativité*. Paris : Armand Colin.

Moscovici, S. (2013). *Le scandale de la pensée sociale : textes inédits sur les représentations sociales*. Paris : Éditions de l'EHESS.

Necka, E. (2003). Creative interaction : A conceptual schema for the process of producing ideas and judging the outcomes. In M. A. Runco (éd.), *Critical Creative Processes*, 115-128. Cresskill, NJ : Hampton Press.

Oandasan, I., Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 2 : Factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 39-48.

Oboeuf, A., D'Arripe, A., Aiguier, G., Carissimo, D., Collard, L. (2017). De la nécessité d'inclure les résidents souffrant d'Alzheimer dans les recherches en sciences sociales. *Recherches et éducations* (à paraître).

Oboeuf, A., Aiguier, G., Loute, A. (2016). Les méthodes de *codesign* : une ressource capacitante ? *International Journal of Bioethics*, 27, 127-146.

Ochse, R. (1990). *Before the Gates of Excellence : The Determinants of Creative Genius*. New York : Cambridge University Press.

Payet, J. P., Giuliani, F., Faforgue, D. (2008). *La voix des acteurs faibles. De l'indignité à la reconnaissance*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Puozzo, I. C. (2016). *La créativité en éducation et formation : perspectives théoriques et pratique*. Bruxelles : De Boeck.

Quinn, R. W., Dutton, J. E. (2005). Coordination as energy-in-conversation. *Academy of Management Review*, 30, 36-57.

Rigaux, N. (1998). *Le pari du sens. Une nouvelle éthique de la relation avec les patients âgés déments*. Le Plessis-Robinson : Les empêcheurs de tourner en rond.

Rizzolatti, G., Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169-192.

Rodger, S., Hoffman, S. J. (2010). Where in the world is interprofessional education ? A global environmental scan. *Journal of Interprofessional Care*, 5(24), 479-491.

Rousseau, T. (2009). La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique. *Bulletin de psychologie*, 503(5), 429-444.

Sellaro, R., Hommel, B., Kwaadsteniet, E., Van de Groep, S., Colzato, L. (2014). Increasing interpersonal trust through divergent thinking. *Frontiers in Psychiatry*, 561-571.

Thistlethwaite, J., Moran, M. (2010). Learning outcomes for interprofessional education (IPE) : literature review and synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 5(24), 503-515.

Uithol, S., Franca, M., Heimann, K., Marzoli, D., Capotosto, P., Tommasi, L., Gallese, V. (2015). Single-pulse transcranial magnetic stimulation reveals contribution of premotor cortex to object shape recognition. *Brain Stimulation*, 8(5), 953-956.

Winkin, Y. (1996). *Anthropologie de la communication – De la théorie au terrain*. Paris : Seuil.

Zabellina, D. L., Robinson, M. D. (2010). « Creativity as flexible cognitive control ». *Psychology and Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 3(4), 136-143.

Zenasni, F., Lubart, T. (2011). Adaptation française d'une épreuve de tolérance à l'ambiguïté. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 51(1-2), 3-12.