

ADL : remettre en question les coopérations interprofessionnelles pour améliorer le traitement et la connaissance des patients

Cette communication a pour objet une étude réalisée en Limousin dans la société ADL, entreprise régionale spécialisée dans l'assistance à domicile de patients nécessitant un traitement très spécifique avec un appareillage adapté. Cette étude prend la forme d'une recherche-action, débutée il y a un an.

En janvier 2012, l'association ADL (Aide à Domicile en Limousin) passe commande au Prefass Limousin pour une étude concernant le traitement social de la non-observance de la thérapie pour les patients atteints d'une des maladies prises en charge par ADL en Haute-Vienne (plus de 1500 patients concernés). D'un point de vue médical, la non-observance est le fait de ne pas avoir un comportement conforme au traitement prescrit, principalement dans le cas de maladies aiguës ou chroniques.

A partir d'une commande portant sur le traitement du patient, nous avons mis en oeuvre une réflexion concernant l'organisation du travail. La méthodologie fait appel à la constitution de différents groupes en fonction des tâches à effectuer dans la recherche : travailler sur la « commande » (passer de la commande de l'association à la demande du service social), réfléchir à la « direction » à prendre et enfin passer à l'« action ». Nous avons travaillé sur ce que les salariés appellent « le signalement des patients » en établissant ses critères afin de réaliser un « aide mémoire » concernant les difficultés de la vie sociale, destiné aux salariés effectuant des visites à domicile. Ce travail a produit de nombreux effets, notamment liés au choix de la méthode basée sur des « feed-back » permanents entre chercheur et membres des groupes.

L'organisation du travail

Un médecin prescripteur diagnostique une affection à un patient qui sollicite la société pour être appareillé, la prestation étant financée par l'assurance maladie selon des conditions précises. Une véritable chaîne médicale est à l'oeuvre à ADL, dont les 80 salariés viennent d'horizons divers : médecins, pharmaciens, infirmiers, techniciens, assistantes sociales, magasiniers, diététiciennes et livreurs sont rassemblés dans différents services. En ce qui concerne le traitement retenu pour notre étude, outre le service administratif et comptable, il fait intervenir trois domaines qui posent la question de l'articulation sanitaire, social et technique :

- Un domaine technique, dirigé par un responsable technique.
Le travail des techniciens est d'installer et d'entretenir du matériel au domicile. Etant « en première ligne », il arrive qu'ils signalent des situations qui nécessitent une intervention médicale ou sociale.
- Un domaine social.
La présence du service social est justifiée par un argument : le traitement a d'autant plus de chances d'être suivi que les patients ont des conditions de vie adaptées.
- Un domaine médical (médecins, pharmaciens et infirmières - le service comprend aussi des diététiciennes). Les médecins d'ADL ont un rôle de suivi de la prescription qui nécessite une communication régulière avec le prescripteur. Ils participent aussi à la recherche et développement.

La commande

La commande passée au Prefass a pour objet la prise en compte des critères sociaux dans le traitement technique et médical, et remet alors en question les pratiques habituelles de l'entreprise :

si la précarité est un facteur de non-observance, alors le traitement nécessite de prendre plus largement en compte l'aspect social du patient. L'objet de la recherche-action est donc de créer un espace et un moment pour réfléchir aux liens entre le domaine social et les autres domaines. La coopération interprofessionnelle est déterminée par l'activité et la politique d'ADL, qui nécessite un traitement médico-technique et qui a choisi d'y ajouter un traitement social.

Le premier temps de la recherche-action a consisté à préciser les enjeux et le questionnement. Les enjeux de la réduction de la non-observance des patients se situent à différents niveaux :

- Professionnel (bonne marche de l'entreprise) : pour ADL, la question est financière et économique. Pour les prescripteur, l'affichage par ADL d'un bon taux d'observance témoigne de la qualité du service (c'est déjà le cas)
- éthique (le bien du patient, de l'usager) : rendre le patient observant revient à le traiter et à améliorer sa qualité de vie.
- Personnel (l'amélioration des conditions de travail des salariés) : diminuer la non-observance fait baisser la charge de travail et la frustration engendrée par ces situations d'échec.

Ces enjeux concernent directement les salariés. Cela explique qu'ils acceptent la dimension de changement liée à la démarche de recherche-action, malgré quelques craintes (surcharge de travail notamment) (Crezè et Liu, 2005). Nous verrons que lors de la recherche-action à ADL, l'intérêt porté à la relation entre social, médical et technique dans un schéma en particulier a des effets sur les relations globales dans la structure. En effet, les situations de non-observance nécessitent une coopération interprofessionnelle importante. La recherche s'est donc focalisée sur ce point.

Méthodologie

La recherche-action suppose un premier temps d'observation, de participation plus ou moins active, d'utilisation de ressources internes variées mais aussi de données externes à l'organisation. Le chercheur recueille des documents « déjà constitués » sans commentaire des observés, afin d'en analyser les traces mais il peut aussi produire des données (statistiques, écrits divers). L'objectif est de restituer ces données constituées de différents regards sur des situations semblables pour confronter ces points de vue avec celui des membres de l'organisation. Le rôle du chercheur est de : « contextualiser en posant les question habituelles : quoi, qui, avec qui, où, comment, pour quoi ? » (Barbier, 1996).

R. Barbier explique que « Le trait principal de la recherche-action » est « le feed-back (qui) impose la communication des résultats de l'enquête aux membres impliqués dans celle-ci en vue de l'analyse de leurs réactions. »

Après chaque temps de travail en groupe, je réalise un compte-rendu que j'envoie par mail aux participants. Je précise qui était présent à la dernière réunion, ce qui a été dit et l'ordre du jour de la réunion suivante. Quelques fois j'ajoute des références théoriques permettant de confirmer ou d'infirmer certains propos et d'apporter des éléments concernant la méthodologie.

La commande de départ contenait une demande de publication des résultats au niveau du réseau de l'entreprise et plus largement à la communauté scientifique. Néanmoins, cette étape sera précédée par la communication des résultats et leur discussion avec les membres de différents groupes mobilisés pour la recherche.

Les différents groupes

L'entreprise est un ensemble de groupes sociaux. Son fonctionnement s'observe dans les interactions entre chaque groupe. Les normes, les règles de conduite, les modes de communication, les valeurs sont intériorisés par les membres d'une organisation et structurent l'identité professionnelle et les systèmes de relations. La recherche-action portant sur les relations, la question du collectif

intervient à différents niveaux de la recherche.

Certains groupes réunis pour la démarche existaient avant l'enquête et d'autres ont été constitués pour ses besoins. Je distinguerais quatre différents types de groupes et de temps de travail :

- groupe « commande » : président de l'Association (qui finance la recherche), sa secrétaire et la responsable du service social ;
- groupe « direction » : responsables de chaque domaine (technique, pharmacie, médecine, recherche) et les deux AS ;
- groupe « action » : responsables et trois techniciens volontaires ;
- groupe « professionnel » : domaine social, responsable technique, entretiens individuels

Ces groupes se sont succédés ou chevauchés au cours de la démarche.

Le groupe « commande » : commande de l'association et demande du service social

Chronologiquement, le travail a démarré avec le groupe qui portait la commande. Ce groupe existe en dehors de l'enquête du fait de la place de l'association dans le fonctionnement global de l'action sociale à ADL. L'association dispose de fonds versés par la société et qui sont utilisés en partie comme un « fonds social ». Une commission sociale réunit régulièrement les membres du groupe « commande » avec des représentants des patients et des soignants afin d'attribuer les aides financières.

La commande concerne le service social dans la mesure où il s'agit de s'interroger sur le lien entre précarité et non-observance, ce qui se traduit ensuite dans la recherche par l'analyse des « facteurs sociaux » de l'observance au travers du traitement social du patient.

Au cours de l'élaboration de la commande, il apparaît que le service social est demandeur de cette démarche. Ses salariées se questionnent sur la place et la lisibilité de son action dans la société ADL. Ils ressentent un malaise dans l'exercice de leur travail. Cela constitue ici la demande sous-jacente, qui deviendra le point majoritairement traité dans la recherche. Elle est porteuse d'un désir de réflexion accompagnée sur l'exercice du travail social dans un contexte interprofessionnel. Ce désir a trouvé dans la structure un certain écho qui a permis de mener des réunions collectives.

La méthodologie de la recherche-action consiste dans un premier temps à repérer le problème. Dans ce cas cela a consisté à évaluer collectivement et de manière partagée le premier rapport et à établir un plan d'action. On peut parler d'une « spirale des relations entre pratique, observation et théorisation » (Lapassade, 1996), le tout dans un espace/temps particulier (Barbier, 2005).

M. Liu explique que la démarche de recherche-action dépend des acteurs. Le protocole de recherche ne peut être prédéterminé (Liu, 1997). L'espace-temps a évolué au travers de la mobilisation de groupes de différentes natures à différents moments.

Pour saisir précisément la demande, un premier travail a consisté à produire un rapport permettant de saisir les enjeux de la non-observance et leur lien éventuel avec les situations de précarité des patients. Une démarche de type ethnographique a été mise en oeuvre.

- observations : commission sociale, travail quotidien dans la société ;
- entretiens : exploratoires sous la forme d'échanges informels dans les bureaux à partir de questions pratiques (médecin, assistantes sociales et personnes ressources extérieures) ;
- études de documents internes : extraction du logiciel de relation client, dossiers patients (dossier médical, dossier d'éducation thérapeutique du patient – etp - et dossier social), écrits de recherche...

A partir des connaissances ainsi produites, il revient aux professionnels de dégager de nouvelles orientations de travail, les incitant à renouveler, sur tel ou tel aspect, leurs pratiques professionnelles. Ainsi, comme le disait K. Lewin : « le chercheur et les sujets de la recherche

cheminent ensemble vers la connaissance ». Lewin défendait aussi l'idée d' « agir sur la réalité pour la connaître » (Monceau, 2005). Ces deux idées correspondent totalement à l'esprit du travail mis en oeuvre à ADL.

Groupe « direction » : vers un état des lieux global ?

Suite à une négociation avec le groupe « commande » élargi (comité directeur de la société ADL), la recherche a démarré avec un groupe restreint que je qualifierai de groupe « direction ». Ce groupe a été constitué de manière informelle : la participation aux réunions de préparation du premier temps de la recherche n'a pas donné lieu à des convocations ou des informations officielles ou écrites. Les responsables ont pensé eux-mêmes que leur présence serait utile afin de favoriser la démarche, ce qui s'est effectivement passé. Ainsi, le second médecin a été convié à nos réunions lorsqu'il a semblé que son expérience de terrain pouvait être utile à la recherche.

J'ai eu besoin du service technique pour comprendre certains éléments du travail des techniciens, j'ai eu aussi besoin du service recherche et développement pour avoir accès aux travaux précédents concernant l'éducation thérapeutique du patient dans les cas de non-observance. Au-delà de leurs fonctions, ces salariés se sont aussi positionnés dans ces réunions en fonction de leur personnalité. La pharmacienne, responsable opérationnelle, a constamment usé de son autorité et de ses capacités organisationnelles qui ont à plusieurs reprises facilité la progression du travail quand il s'agissait de concrétiser nos débats.

Néanmoins, ce groupe a connu quelques aléas au niveau de la participation. N'étant pas posé comme une obligation professionnelle, il passait forcément après d'autres activités. Par exemple, lors de la restitution du rapport d'étape, le responsable des techniciens et la responsable opérationnelle étaient absents (mais présents dans leurs bureaux). Ils étaient aussi absents de la réunion de débriefing de cette présentation.

Après la remise du rapport d'étape, les enjeux de la non-observance se dévoilent peu à peu, offrant des axes de travail pour la suite. Au cours de la réunion de débriefing (logique de feed-back permanent), nous avons mis en commun les remarques de chacun par un tour de table. Le groupe s'accorde sur l'idée qu'améliorer l'observance par le travail des salariés consisterait à élargir la palette d'intervention des personnels vers la qualité de vie, l'isolement, la vie sociale. La question est de savoir si cela concerne le service social ou tous les services. Le coeur du problème est ce que les salariés appellent « signalement » et il suscite de nombreuses propositions d'actions.

Cinq semaines après le débriefing, le groupe « direction » est réuni pour choisir la méthode de travail. Ma volonté était de faire en sorte que le support et la démarche soient construits par ce groupe. Pour les aider à réaliser ce travail, les participants ont des éléments d'analyse de la culture professionnelle, des extraits de textes méthodologiques de recherche-action et des propositions d'axes de travail rédigées à partir des réflexions de la précédente réunion. Deux idées contribuent à déterminer la manière de poursuivre le travail :

- selon le médecin, les outils du service social ne sont pas pertinents pour aider au traitement des patients non observants ;
- selon le responsable technique, le travail en cours ne doit pas « s'arrêter » au service social.

Il est proposé d'aller vers un « état des lieux global » : les intervenants à domicile auraient une grille pour cibler le problème lié ou concomitant à la non-observance.

Au-delà de l'utilisation de l'outil, le processus de production du document peut apporter une amélioration des communications internes. L'objet de la recherche-action avec les techniciens serait alors de déterminer l'opportunité et les modalités de création d'un document d'"évaluation des besoins sociaux" des patients. Cependant, les assistantes sociales ne voient pas comment expliquer

leur pratique, leur travail ou leur métier.

Ainsi, à partir des enjeux de la non-observance dégagés dans le pré-rapport, le groupe « direction » a choisi la direction à donner à la démarche, décidant de fait de s'inclure dans le collectif de recherche-action : le groupe « action ».

Groupe « action » : passer du « signalement du patient » au « déclenchement d'une information »

Un troisième groupe a donc été constitué avec des contours plus précis et des invitations explicites. Le groupe « direction » était convié car il a été mis en situation de participation active à la démarche.

Le second temps de travail est marqué par l'invitation faite aux techniciens de rejoindre ce groupe « direction » pour constituer un groupe que je qualifierais de groupe « action ». Ce groupe s'est réuni à cinq reprises entre janvier et avril 2013. Nous avons choisi de situer ces temps de travail collectif juste après des réunions « staff » bi-mensuelles, nous assurant ainsi la disponibilité de tous les membres du groupe action (le groupe « staff » étant constitué du groupe « direction » et de l'ensemble des techniciens).

Les réunions du groupe « action » ont été enregistrées. Cela avait plusieurs intérêts :

- Montrer que ces temps de travail étaient en eux-mêmes des temps de recueil de données pour la recherche et constituaient le coeur de la démarche. L'action et la parole du groupe prenaient ainsi un statut particulier, sortant de la stricte opérationnalité d'autres temps de travail dans l'entreprise.
- Laisser le champ libre au chercheur pour l'animation de la réunion, les relances, les présentations de données et la prise de notes éventuelle. J'ai ainsi pu me concentrer sur l'ici et le maintenant et participer en tant que membre du collectif, légitimé et non strictement extérieur à la démarche.
- Garder une trace pour une analyse ultérieure et pour réaliser les comptes rendus.

Cet enregistrement systématique a été l'objet de différentes plaisanteries concernant l'utilisation éventuelle de ces paroles, notamment lorsqu'il y avait une mise en cause d'un salarié absent ou de la direction, ou lorsque certains plaisantaient sur des cas de patients ou sur les propos des personnes présentes. Ces plaisanteries témoignent de l'attitude naturelle et active des salariés qui n'ont pas cherché à modifier leur comportement au cours des séances. Néanmoins on note une évolution dans la capacité à prendre la parole, d'abord parce qu'il a fallu prendre nos marques et ensuite parce que les points de vue ont évolué.

Le travail de ce groupe constitue le matériau principal d'analyse pour ce second temps de la recherche. Il a été complété par d'autres temps de travail en groupe « professionnel » :

- visites au domicile des patients ;
- rendez-vous de régulation avec le service social.

Ces réunions ont donné lieu à des comptes rendus qui ont été utilisés lors des réunions du groupe « action ».

Le signalement des patients

Lors de la première réunion, je pars d'une contradiction forte à ADL : il y aurait une relation entre précarité et non-observance mais les assistantes sociales traitent peu de cas de non-observants¹. Il s'agirait pour le groupe de créer un document qui permette de passer du signalement à l'évaluation

¹ Comme souvent, c'est en dehors de la réunion qu'émerge une explication nouvelle : un des non-dits concernant la PPC est le fait que c'est une des activités les plus lucratives d'ADL et que c'est aussi celle à laquelle on accorde le moins d'importance car elle n'a pas le caractère vital de l'oxygène par exemple. C'est « moins grave ».

des besoins sociaux des patients. Les techniciens craignent une surcharge de travail. L'un d'eux demande aux assistantes sociales : « vous voulez quel critère ? ». Je propose alors que chacun mette sur le papier les critères à prendre en compte selon lui pour une évaluation sociale du patient.

En parallèle, une seconde question émerge et guidera l'action du groupe : comment aborder la question du service social avec les patients ?

En croisant les deux questions, le groupe apprend que les techniciens « signalent » quand ils savent comment le service social peut intervenir, ne le laissant pas vraiment décider de son action. C'est ce qu'un technicien a appelé le moment du « déclenchement », dévoilant ainsi la tendance des techniciens ou autres intervenants à domicile à évaluer les situations à la place de l'assistante sociale (pour la protéger ou par mégarde, ou par habitude) à l'aune de ce qu'ils savent du travail social. Pourtant, ce n'est pas aux techniciens de faire l'évaluation sociale ou l'analyse des besoins sociaux des personnes.

Elaborer des critères pour réaliser un « aide mémoire »

La mise en commun des critères montre des catégorisations limitées pour les techniciens et plus larges pour le service social ou le responsable technique. Les critères établis par chacun ont été classés dans un tableau, ce qui amène à certains constats. Principalement, on voit un positionnement différent de la part du service social concernant l'activité professionnelle ou la vie sociale. L'intérêt de la démarche en cours pourrait être de systématiser le « déclenchement » d'une action sociale en permettant à chacun de visualiser dans un tableau (sous forme d'un aide-mémoire) les actions possibles du service social en fonction des critères établis par le groupe. La visualisation de la finalité du signalement peut contribuer à améliorer le traitement social des patients par une sensibilité accrue des intervenants à domicile. Il reste au service social à se positionner concernant les critères : comment peut-il intervenir ?

Suivant la logique qui guide le « déclenchement » pour les techniciens, nous décidons d'ajouter au tableau les actions du service social en fonction des critères établis collectivement. Ce tableau deviendrait le document de référence, guidant la restitution des situations au service social. Il y aurait alors « déclenchement » quand on retrouve des critères et des actions de cet aide-mémoire sur place, en y repensant après, sans systématiquement remplir le document.

Cependant, il est certainement plus difficile qu'on ne le croyait de mettre ces solutions si simplement en face de critères. On retrouve d'une certaine manière le décalage conceptuel entre social et technique et il semble impossible de formaliser le « déclenchement ».

Nous décidons de « tester » le tableau dit « de déclenchement » en réalisant des visites chez des patients avec un technicien, une assistante sociale et le chercheur. Suite aux deux premières visites, la question de déclencher une information au service social appelle une réponse négative, ce qui remet sérieusement en question le « aide mémoire ». Pourtant, le relatif échec de ce test provoque une réaction positive du groupe qui s'accorde sur un autre outil : intégrer les critères de déclenchement au fichier d'éducation thérapeutique du patient.

Nous reculons un peu dans la réflexion en revenant sur le travail réalisé, atténuant la portée de la démarche. Pourtant, elle a produit des effets car le groupe s'investit fortement pour s'inscrire dans la procédure informelle dévoilée par la recherche et non formaliser une nouvelle procédure.

Les effets de la recherche-action

Le passage d'un signalement à un tableau de critères de « déclenchement » puis à un « aide

mémoire » et enfin à un ajout au bilan de visite montre une évolution des termes et des outils. Le changement est d'autant plus important que pour le groupe « action », l'outil produit est un document qui pourra évoluer dans le temps. Faire évoluer la fiche aide mémoire à l'avenir est un moyen de rendre les acteurs autonomes dans la résolution du problème. On approche ce que M. Liu décrit comme le but final de la recherche-action : « que les usagers soient en mesure de résoudre par eux-mêmes les problèmes d'adaptation futurs qui se manifesteront » (Liu, 1997)

Le processus de la recherche reposait au début sur les épaules du chercheur. Puis, progressivement, l'animation des réunions (surtout les débuts) et le choix des thèmes sont pris en charge par le groupe, et notamment le service social. De nouvelles informations apparaissent, illustrant le processus de recherche-action dont les savoirs apparaissent au fur et à mesure.

« Il y a une interférence permanente entre ce qui est produit dans les séances de travail, dans l'écriture des comptes rendus partiels ou dans l'élaboration d'outils et ce qui se produit dans la pratique des uns et des autres.

Certaines manières de poser les problèmes, l'autorisation que l'on se donne à énoncer des analyses ou des « solutions », la possibilité de faire des rapprochements entre des situations éloignées dans le temps ou dans l'espace (en particulier entre des espaces séparés par le découpage fonctionnel de l'établissement ou de l'organisation) génèrent des évolutions dans les discours et les actes, souvent peu perceptibles immédiatement par les acteurs.

Chercheurs venant de l'extérieur, nous enregistrons plus facilement ces « glissements » au fil du temps » (Monceau, 2005).

Au-delà du résultat matérialisé dans un nouveau « signalement », quatre faits confirment les effets produits par la démarche sur le lien entre service social et les autres domaines d'activité de la société :

- La mise à l'écrit des réflexions issues des temps de travail de chaque groupe suscite un réel intérêt. Par exemple, le compte-rendu des visites à domicile, destiné au groupe « professionnel », est partagé avec le groupe « action » alors qu'il constitue un document de travail d'un autre groupe. Les membres du groupe « action » lisent le texte au moment où je refais le point sur la réunion précédente. C'est un changement important dans la mesure où j'ai pu constater que les travaux de recherche et certains écrits professionnels ne sont pas lus par tous dans la société ADL.
- L'organisation d'une première visite « test » est suivie d'une deuxième visite proposée par une secrétaire et des membres du groupe « action » alors que j'avais souhaité prendre un peu de distance pour rédiger un rapport final. On peut penser que les personnels ne veulent pas que « prefass » (nom donné par une assistante sociale à la démarche) s'arrête et qu'ils cherchent à prolonger le travail.
- Le service social indique qu'au moins un technicien a produit un signalement plus précis que d'habitude. Les assistantes sociales ressentent même le fait d'être davantage sollicitées.
- le message d'accueil au téléphone de la société a été changé (pour des raisons pratiques). Je découvre fortuitement qu'il évoque maintenant le « soutien social ». Une assistante sociale l'a découvert aussi par hasard. Faut-il y voir un signe du changement lié à notre action ?

Si on entre dans une évaluation « sommative », le diagnostic de la situation d'arrivée montre des avancées au niveau pratique mais aussi au niveau des connaissances locales et globales ainsi que sur des questionnements nouveaux pour études ultérieures (même si la démarche a été jalonnée de bonnes et de mauvaises idées). La recherche a constitué à la fois une « avancée dans l'amélioration des pratiques », comme nous l'avons vu plus haut et une « démarche d'élaboration cumulée de savoirs » (Liu, 1997) par l'explicitation d'un phénomène : la participation du travail social au traitement des patients. La définition du processus de non-observance identifie une dimension sociale, qui doit revenir aux travailleurs sociaux.

La recherche-action à l'ADL a permis de mettre en lumière quelques cas typiques de patients qui montrent la nécessité de réfléchir au travail en interprofessionnalité. La recherche-action s'inscrit dans ce processus. Elle rend visible des éléments de la culture professionnelle : les compétences spécifiques et les champs d'action de chacun. Accepter l'intrusion du travail social dans le traitement médico-technique du patient ne va pas de soi et nécessite de redéfinir collectivement la place de chaque profession.

L'approche collective privilégie la construction de sens et la prise de conscience par les acteurs des logiques dont ils sont partie prenante. Les discours recueillis au cours de la recherche-action créent une rupture par rapport aux discours institutionnels et professionnels quotidiens. Au cours de la démarche, les relations interprofessionnelles évoluent car le groupe est confronté à une situation nouvelle, au cours de laquelle le modèle d'expression passe « *d'un langage clos et défensif à un langage descriptif, évolutif et interrogatif* » (Ninane, 1977).

Conclusion

A l'ADL, la mise à jour d'éléments du quotidien montrant le rôle des cultures professionnelles spécifiques (celle du technicien, du corps médical ou du travailleur social) dans les différents domaines d'activité de la société a mis en route une dynamique collective.

Une difficulté est apparue après la remise du rapport dans la volonté de rendre collectifs les temps de travail pour la recherche-action. Il n'est pas facile de réunir tous les acteurs concernés. L'analyse de ces obstacles est un élément important de la réflexion collective engagée.

Au-delà de l'enjeu pour le malade et pour l'entreprise, la recherche-action concernant la non-observance du traitement par le patient (usager ou client d'ADL), provoque des glissements dans les postures des professionnels : la nécessité persistante de rendre collective et publique la démarche de recherche-action conduit les acteurs à s'entendre sur un objet nouveau, qu'ils ne maîtrisent pas. La mise à jour de l'organisation telle qu'elle est vécue par chacun conduit à une réflexivité dans le sens d'une capacité de chacun à réfléchir à son rapport à l'écrit restitué puis à son rapport aux autres domaines d'activité de la société.

Vincent ENRICO

Chargé d'Etudes PREFASS Limousin, Membre associé équipe FRED (EA 6311 Francophonie - Education – Diversité) Université de Limoges

Barbier, R. (1996), la recherche-action. Paris : Anthropos.

Crézé, F. et Liu, M. (2006). La recherche-action et les transformations sociales. Paris : L'harmattan.

Lapassade, G. (1996), Les microsociologies. Paris : Anthropos.

Liu, M. (1997). Fondements et pratiques de la recherche-action. Paris : L'Harmattan.

Monceau, G. (2005). Transformer les pratiques pour mieux les connaître – recherche-action et professionnalisation enseignante. Revista Educação e Pesquisa, Université de Sao Paulo SO (Brésil). Vol. 31, n°3

Ninane, P. (1977). L'intervention sociologique comme moment de confrontation. « Analyse sociale et intervention ». Connexions – n°24