

Stéphane Balas

Centre de Recherche sur le Travail et le Développement (EA 4132)

Equipe « Psychologie du travail et clinique de l'activité » - CNAM

62, rue Maurice Thorez

92000 Nanterre

stephane.balas@wanadoo.fr

Communication

Les recherches-actions collaboratives : Une révolution silencieuse de la connaissance.

Du lundi 27 mai au mercredi 29 mai 2013

Dijon – Campus universitaire

Titre : Recherche-action et clinique de l'activité

Les recherches-actions collaboratives (RAC) visent « l'idée d'un rapprochement entre chercheurs universitaires et praticiens » (Desagné, 1997). Avec des nuances dans les principes de mise en œuvre, on retrouve le même objectif de rapprochement dans des démarches dont les appellations diffèrent : Recherche-Action, Recherche-Action participative, Recherche-Action réflexive, *Community-Based Research*, Recherche coopérative...

Très présentes dans les secteurs de la santé, de l'enseignement et de l'éducation, de l'action sociale, ces RAC se développent à partir d'un double enjeu, idéologique mais aussi épistémologique. Si les ressorts idéologiques de ces démarches articulent culture de la pratique et rôle émancipateur du savoir et de sa production en s'inspirant, par exemple, de l'héritage de Paulo Freire¹, les raisons épistémologiques sont, sans doute, celles qui expliquent la vivacité contemporaine des réflexions sur ces approches, comme en témoigne l'organisation de ce colloque.

Dans ces recherches, où le praticien est co-acteur, le postulat est que le point de vue de celui-ci est essentiel car lui seul peut, à certaines conditions méthodologiques, porter un regard d'expertise sur la situation étudiée, en s'appuyant sur sa « compétence d'acteur en situation » (Giddens, 1987). Le chercheur, quant à lui, « ne pose pas, par son choix d'objet, un regard normatif et extérieur » (Desagné, 1997, op. cit., p. 374) mais accepte de co-construire avec les praticiens cet objet, mais aussi de partager parfois la décision, en ce qui concerne les modes de collecte des données et même l'utilisation des résultats.

Partant de ces quelques constats, cet exposé va me permettre d'interroger ma pratique de « clinicien de l'activité » (Clot, 1999 ; Balas, 2011a) et d'observer si elle est, ou pas, comparable à une RAC ?

Je fonderai mon enquête sur trois interventions conduites depuis quelques années. Avec un collectif de professeurs de sport (Balas, 2005) puis avec deux groupes distincts de masseurs-kinésithérapeutes (Balas, 2011a, op. cit.), j'ai en effet pu réaliser des co-analyses de leurs

¹ Paulo Freire, le pédagogue brésilien, inspire des travaux articulés autour de la « triade recherche, éducation et action politique » (Dallaire, 2002)

activités singulières de travail, en vue de formaliser ces dernières et de répondre ainsi à des enjeux socio-institutionnels au regard des évolutions de leurs métiers respectifs. J'exposerai succinctement la genèse de ces travaux et reviendrai, à partir de trois situations spécifiques², sur le mode de collaboration qui peut se nouer entre le chercheur-clinicien et un groupe de professionnels.

Dans un deuxième temps, je reviendrai sur le cadre méthodologique de la clinique de l'activité et, en particulier, sur les manières singulières d'articuler recherche et action (Clot, 2004, 2008a) qu'il suppose. La méthode des autoconfrontations croisées (Clot, Faïta, Fernandez, & Scheller, 2001) mise en place dans les trois cas, permet de porter un regard indirect, et distancié, sur le travail, aussi bien du point de vue du chercheur que des professionnels. Le travail de ces derniers devient objet commun d'analyse.

Parmi les spécificités de ce cadre, nous évoquerons rapidement les processus affectifs qui, par des mouvements transférentiels, semblent jouer un rôle majeur dans la réussite clinique de l'action (Deveureux, 1980 ; Scheller, 2002). Ce dernier point permettra de développer ensuite plus précisément les effets de ce type d'interventions sur les acteurs impliqués et, en particulier ici, sur leur métier. Ces effets sont évidemment difficiles à objectiver, mais quelques indices marquent le développement du pouvoir d'agir (Clot, 2008b) des individus et un effet de généralisation de l'intervention.

Au plan socio-institutionnel, ces trois démarches visaient à répondre à des enjeux de reprise en main, par les acteurs, de l'évolution de leur métier (ibid.). A ce niveau, je présenterai, de manière nuancée, quelques impacts de ces travaux.

Finalement, mon exposé reviendra sur la question cruciale de « la rigueur scientifique et de la validité des résultats » (Dallaire, op. cit.) produits par ces démarches. Je m'arrêterai en particulier sur les deux positions scientifiques possibles pour les RAC : Soit s'approcher au mieux d'un modèle « scientifique » expérimental en minimisant au maximum les effets des aléas du terrain, soit considérer qu'il n'y a, quand on s'intéresse à des objets tels que l'activité, la pratique, l'éducation... qu'une seule recherche fondamentale, et qu'elle est « de terrain » (Clot, 2008a, op. cit.), et donc au minimum co-active.

1- Trois interventions avec des collectifs de professionnels

La première intervention conduite en clinique de l'activité portait sur le métier de « professeur de sports ». Ces « professeurs » ne sont pas des enseignants mais des « personnels techniques et pédagogiques » du ministère chargé de la jeunesse et des sports. Selon l'affectation (services déconcentrés du ministère, centres de formation et d'entraînement, auprès d'une fédération sportive) leurs fonctions diffèrent et couvrent une large palette, de la promotion des activités sportives, au soutien au mouvement sportif et à la formation de cadres du sport.

La jeunesse du métier³ et le détachement progressif de celui-ci du métier d'enseignant d'EPS⁴, font que mon intervention, en 2004, dans le cadre d'une recherche universitaire, vise

² Un dilemme de métier (Balas, 2011b), une catachrèse et une surprise pour le clinicien...

³ Le premier concours de professeur de sport a été organisé en 1985

⁴ Ce métier résulte du rattachement des enseignants d'EPS au ministère de l'éducation nationale, en 1981, suite aux revendications de ces derniers. Cette promesse tenue du candidat Mitterrand, si elle crée une scission « institutionnelle » entre professeur d'EPS et de sports, ne dissout pas une histoire commune de plusieurs

à co-analyser les activités d'un groupe de professionnels volontaires, en vue de « reprendre la main sur l'histoire de leur métier » (Clot, 2008b), histoire qui apparaît alors « en marche ». Je ne peux ici détailler le déroulement d'une telle action, étalée sur près d'un an mais simplement revenir sur une des étapes constitutives de la méthode des autoconfrontations croisée (voir schéma ci-dessous) :

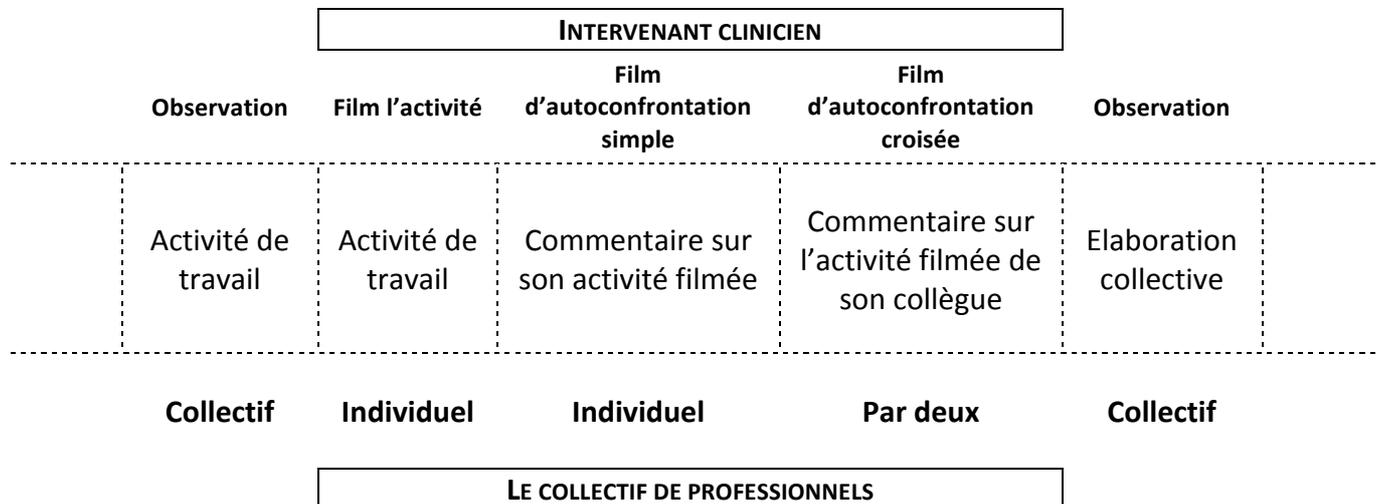


Figure : schématisation des étapes de la méthode d'autoconfrontation croisée d'après Clot, Faïta, Fernandez, & Scheller (2001).

Cette méthode, basée sur une épistémologie historico-culturelle inspirée des travaux de Vygotski (Clot, 1999, op. cit. ; Maggi, 2011) cherche à produire un cadre d'interprétation de l'activité singulière et collective des professionnels, par eux-mêmes. Cette méthode s'appuie sur des traces filmées d'activités qui deviennent des supports des dialogues ultérieurs. Le choix des séquences à filmer, ainsi que la désignation des deux ou trois volontaires, issus du collectif et dont l'activité est filmée, constituent donc des moments clés du dispositif.

Dans le cas de cette intervention, cette étape a été marquée par une surprise. Je dois d'abord préciser que ma position de clinicien était doublée de celle de « collègue » puisque j'étais moi-même professeur de sports. J'ai pu analyser, à l'époque, les bénéfiques mais aussi les difficultés engendrées par cette proximité (Balas, 2005, op. cit.). En tout état de cause, ma représentation du métier et de ses évolutions m'amenaient à « constater, très empiriquement, une perte de cette dimension pédagogique du métier » (ibid, p. 111) qui pouvait être mis en perspective avec le passage historique de « professeur d'EPS » à « professeur de sports ».

Cependant, les membres du collectif n'allaient pas témoigner du même intérêt pour la dimension pédagogique que moi, au moment du choix de séquences à filmer. En effet, comme j'ai pu l'indiquer à l'époque « La valeur de ce choix d'activité pertinente est également liée à ce paradoxe car le collectif, loin de vouloir consciemment ou inconsciemment répondre à mes suppositions, a choisi l'activité inverse d'une activité de terrain : *une activité en bureau* » (ibid., p. 112).

décennies, d'autant que pendant très longtemps, et aujourd'hui encore sans doute, la majorité des professeurs de sports sont des enseignants d'EPS qui sont « détachés ».

C'est sur la base de séquences filmées d'activités « en bureau » (comme ils avaient nommé ces situations) que ces professionnels en autoconfrontations simples, puis croisées, ont pu dialoguer et accéder à une part du réel de leurs activités, à partir de cette réalisation. Ils ont d'ailleurs pu revenir, à partir de ces images, sur le sens de leur métier et redécouvrir comment ils réinvestissaient leurs compétences pédagogiques dans la nouvelle configuration de celui-ci, y compris dans des actions administrative ou réglementaire auprès d'usagers de leur service.

Avec les masseurs-kinésithérapeutes, j'ai été amené à conduire deux interventions en parallèle, dans le cadre d'une recherche doctorale (Balas, 2011a, op. cit.). Le métier de masseur-kinésithérapeute est, comme l'ensemble des métiers du soin, en période de réforme. Refonte de son diplôme, des études préparatoires (avec intégration à l'université), évolutions réglementaires qui touchent à l'exercice (diagnostic kinésithérapique), au rôle dans la chaîne du soin... font de cette période historique un moment propice à interroger le métier et son exercice.

Les deux collectifs, d'une dizaine de professionnels chacun, étaient, d'une part des collègues travaillant dans un même centre de rééducation (Balas, 2011b) et d'autre part des professionnels expérimentés regroupés dans une association de promotion et de défense des thérapies respiratoires dont ils sont spécialistes (Delplanque, & Selleron, 2012). Dans les deux cas, l'engagement de ces collectifs dans l'intervention était lié à une volonté de prendre part aux réformes en cours, en être acteurs et non spectateurs comme ils en avaient le sentiment. Au-delà, ils souhaitaient participer à une co-analyse de leurs activités en vue de produire un « référentiel⁵ ».

Au cours de ces interventions, de très nombreuses situations pourraient être analysées en vue d'illustrer la relation étroite qui lie les professionnels et le clinicien. J'ai choisi ici de présenter deux « pépites » de ce long cheminement, deux moments où les présupposés du chercheur, comme ceux des professionnels sont pris en défaut. La clinique de l'activité est une « clinique de l'étonnement » (Fernandez, 2009) dans la mesure où, si on la conduit avec sincérité, elle amène les protagonistes à se confronter au réel, fait d'aléas et d'inattendus. Le clinicien de l'activité n'est pas un expert surplombant qui vient vérifier des hypothèses, nous y reviendrons, et les professionnels sont aussi plongés dans une activité dialogique qui les dépasse, avant de pouvoir parfois se dépasser eux-mêmes (Clot, 2005).

Avec les masseurs-kinésithérapeutes du centre de rééducation, la situation singulière apparaît au moment de l'autoconfrontation croisée entre deux collègues, Hervé et Bertrand. Ces deux professionnels sont occupés à visionner l'image d'activité d'Hervé et sur le film, on voit Hervé mobiliser la cheville et le pied d'une patiente, alors même que celle-ci est là pour une rééducation du genou. Le dialogue qui s'engage alors, met en évidence ce que j'ai désigné comme un « dilemme historique de métier » (Balas, 2011a, op. cit.) : un bon professionnel de la kinésithérapie doit, guidé par ses connaissances principalement médicales (anatomie, physiologie, connaissance des pathologies), suivre des protocoles dont

⁵ Un référentiel est un « document textuel qui fait référence » (Chauvigné, 2010) et qui est donc le résultat d'un dialogue social. Ici, seuls les masseurs-kinésithérapeutes étant partie prenantes, on peut plutôt parler de « pré-référentiel » (Balas, à paraître) dont l'usage est plutôt de formaliser et donc « d'objectiver » certaines activités de ces professionnels en vue de pouvoir dialoguer avec la profession est ainsi prendre part aux décisions concernant l'avenir de leur métier.

l'efficacité est avérée scientifiquement⁶. Cependant, dans certains cas, l'expérience apprend au professionnel à mettre en œuvre des techniques dont l'efficacité est d'un registre plus empirique. Dans le cas présent, Hervé mobilise le pied de sa patiente car il « sait » qu'un lien existe entre mobilité du genou et mobilité des articulations proches. Pourtant, aucune prescription « scientifique » ne prévoit une telle action dans un protocole de rééducation de genou. Le dialogue se développant, favorisé par les relances du clinicien (Kloetzer, & Henry, 2010), ils redécouvrent, l'un et l'autre, avec surprise, qu'ils sont amenés, au quotidien, à arbitrer entre ces deux registres de preuves pour agir. Ils doivent gérer le dilemme de « la technique à l'efficacité scientifique prouvée » versus « la technique à l'efficacité empirique éprouvée » sans jamais pouvoir le régler. C'est d'ailleurs cette capacité à gérer, sans y penser, ce dilemme, qui signe leur expertise.

Avec les kinésithérapeutes spécialisés en thérapie respiratoire, de nombreux dilemmes ont également été identifiés⁷. Cependant, je souhaite revenir ici sur une situation de nature différente (encore qu'en lien, sans doute, avec un dilemme sous-jacent). Au cours du film d'activité de Nathalie, une des trois professionnels de ce groupe ayant participé aux autoconfrontations, on voit cette dernière apportant un soin à une patiente souffrant d'insuffisance respiratoire. Elle accompagne la patiente dans la réalisation d'un « désencombrement » qui consiste à libérer et dans ce cas s'auto-libérer les voies aériennes supérieures, par des inspirations et expirations forcées. Elle dispose d'un saturomètre, appareil de mesure des taux d'oxygène et de dioxyde de carbone de la patiente qui constituent des bons indices d'un désencombrement efficace et s'affichent en temps réel sur ce boîtier de taille réduite.

Nathalie, comme elle se verra le faire quand elle visionnera le film en autoconfrontation simple, met le saturomètre à la disposition de la patiente afin qu'elle auto-évalue l'efficacité de ses mouvements respiratoires de désencombrement. Ce faisant, elle détourne l'usage de cet outil destiné au soin et qui devient alors un instrument d'éducation thérapeutique. Cette séquence met en lumière une création singulière de cette professionnelle qu'en analyse du travail on nomme une « catachrèse » (Clot, & Gori, 2003). Cependant, cette créativité est, dans l'action quotidienne, totalement invisible. Si Nathalie fait ce choix de confier ce matériel à sa patiente, c'est qu'elle a une préoccupation d'action ; celle de rendre cette patiente autonome en vue de la renvoyer chez elle dans de bonnes conditions. Et c'est grâce à la confrontation aux images de son activité et aux questions du clinicien qu'elle peut observer son activité avec le regard qu'y porterait un autre. Cela rejoint l'idée vygotkienne de la conscience comprise comme « un contact social avec soi-même » (Vygotski, 2003).

2- Développer pour comprendre

On assiste depuis une trentaine d'année à une sorte de « tournant praxéologique » en recherche, avec l'adoption de méthodes ancrées dans les pratiques, comme en gestion et en management, où les pratiques des acteurs comme leurs interactions sont observées avec intérêt (Lorino, 2009).

⁶ Scientifiquement est ici un quasi synonyme d'expérimental.

⁷ Leur collecte minutieuse puis leur formalisation a permis de construire un « référentiel » prototypique en dilemmes avec chacun de ces deux collectifs (Balas, 2011a, op. cit.).

Dans le champ de l'éducation, de la formation, de l'accompagnement social, ce « tournant » est également visible. En éducation, par exemple, les modèles constructivistes et socioconstructiviste partent du postulat de l'existence d'une expérience des apprenants, préalable à l'action et qui constitue un point de départ absolument nécessaire à prendre en compte pour adapter son enseignement, son action...

Dans le champ de l'analyse du travail, les apports d'Oddone (Oddone, Ré, & Briante, 1981) comme ceux des très nombreux travaux en ergonomie francophone (par exemple Leplat, & Hoc, 1983), en psycho-dynamique du travail (Dejours, 1998) ou en clinique du travail (Clot, 1995 ; Lhuillier, 2006) mettent aussi en évidence la richesse et la complexité de « l'agir » (Maggi, 2011, op. cit.) et de la nécessité de valoriser la créativité des opérateurs (Balas, 2011c).

Cette approche, en effet, « choisissant un mode de développement différent, s'affirmait comme science du rapport dialectique » entre expérience et recherche (Oddone, Ré, & Briante, 1981, p. 23, op. cit. ; Reille-Baudrin, 2011, p. 23).

Produire une recherche dans ces domaines de « l'humain » (Jobert, 2006) nécessite donc d'abandonner le schéma d'une science expérimentale surplombante qui expertise un objet choisi en l'observant, « toute chose égale par ailleurs » afin d'expliquer les phénomènes sous-jacents. A l'inverse, une recherche de terrain doit tenter de s'approcher des phénomènes psycho-sociaux, toujours situés (Begin, & Clot, 2004), afin de les comprendre et d'accéder à une intelligibilité des processus.

Ce faisant, cependant, cette recherche risque de « perdre en route », au profit de l'action, toute ambition de connaissance. Vygotski (1927/1999) explique comment ces deux positions explicatives (objectives) et compréhensives (subjectives) sont moins ennemies que jumelles : « Dans le premier cas, pour pouvoir préserver la vie contre le sentiment, nous devons refuser son sens. Dans le second cas, pour pouvoir préserver le vécu et son sens, nous devons, de la même façon, refuser la vie » (p. 361). Il propose alors une troisième voie (Maggi, 2011, op. cit.). Celle de l'activité et de son développement.

Quand on intervient dans un milieu social, on ne peut en rester à la maxime positiviste du « comprendre pour transformer » (Clot, 2008a). Il nous faut aussi « transformer pour comprendre » au sens où l'activité humaine (de travail, en apprentissage, en accompagnement) est un processus vivant dont les ressorts ne se révèlent « qu'en mouvement » (Vygotski, 1978). C'est d'ailleurs pourquoi le psychologue russe insiste tout au long de son œuvre sur la nécessité, au plan méthodologique, d'adopter une approche indirecte. « Un œil qui verrait tout, pour cette raison précisément, ne verrait rien » indique-t'il (1927/1999, pp. 166-167, op. cit.).

Pour voir, il faut donc mettre en place des méthodes indirectes, comme l'autoconfrontation croisée présentée ici, ou l'instruction au sosie, qui constituent l'une et l'autre des instruments d'une clinique de l'activité et une forme particulière d'articulation entre l'action et la recherche, comme nous y reviendrons dans les deux dernières parties de cet article.

Une des caractéristiques essentielles de ces approches cliniques est qu'elles reposent sur une « mise en mouvement » assumée des processus affectifs des professionnels associés, mais aussi des cliniciens eux-mêmes, le cadre méthodologique offrant la possibilité de déploiement de phénomènes de transfert et de contre-transfert. Ainsi, on peut souvent observer dans ces interventions en clinique de l'activité, des moments d'euphorie ou au

contraire de découragement des acteurs, des émotions qui « colorent » les échanges et se partagent (Rimé, 2005, op. cit.). On est loin ici de la construction d'un cadre méthodologique protecteur et aseptisant que Devereux dénonçait en ces termes : « Par malheur, même la meilleure méthodologie peut être inconsciemment et abusivement utilisée *d'abord* comme un ataraxique, un artifice atténuant l'angoisse ; elle donne alors des « résultats » scientifiques (?) qui sentent la morgue et n'ont pratiquement plus de pertinence en termes de la réalité vivante » (1967).

Pour étudier des phénomènes vivants, il faut prendre le risque de la vie et donc des sentiments qui réalisent, dans les échanges, les émotions ressenties (Scheller, 2002, op. cit.). Dans cette clinique, s'il y a partage entre les professionnels et le chercheur clinicien, il se situe en particulier dans l'engagement affectif que chacun consent, les processus affectifs, des uns et de l'autre, ne se confondant pas mais se répondant.

Au-delà de ces phénomènes affectifs, ces interventions visent des effets concrets. Quels sont-ils, dans les exemples que j'ai présentés ci-dessus ?

3- Effets sociaux des interventions en clinique de l'activité

Avec les professeurs de sports, la co-analyse de leur travail a débouché sur une découverte, pour eux, en partie désagréable⁸, de l'évolution radicale de leur métier. En effet, ce dernier, très marqué par les valeurs du « pédagogique » évolue vers des fonctions plus administratives et gestionnaires. Leur genre professionnel (Clot, & Faïta, 2000) s'en trouve bousculé ; Ce qu'ils découvrent alors aussi, c'est que ce sens pédagogique qu'ils revendiquent et qui paraît perdu dans ces évolutions organisationnelles, est en fait réaffecté dans leurs nouvelles fonctions, permettant de parler d'évolution de leur métier, d'élargissement de leur domaine d'expertise plutôt que de « perte du métier » comme l'affirme de façon tranchée les organisations syndicales corporatistes (Balas, 2005, op. cit.).

Cette découverte est précieuse pour les professionnels concernés car elle leur permet de se positionner de manière tout-à-fait différente lorsqu'il s'agit de participer à la défense de leur métier. Dans les différentes situations d'échanges avec la hiérarchie, de participations à des instances, de travail inter institutions, la posture de ces professionnels est plus « active » que défensive puisqu'ils peuvent revendiquer des expertises nouvelles et réaffirmer, paradoxalement, leurs compétences pédagogiques, y compris lors de leurs activités « en bureau ». On peut donc conclure à des effets transformateurs locaux de l'intervention conduite en clinique de l'activité.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes travaillant en centre de rééducation, le premier acquis de la situation de co-analyse de leur travail est la découverte de la possibilité de débattre du métier ensemble, entre collègue, de constater des désaccords (Balas, 2013) et pour autant d'en sortir « par le haut », c'est-à-dire avec une conscience élargie de son métier et un partage plus intime des préoccupations des collègues. Ils ont pu faire l'expérience que « entre salariés aussi l'instruction de la dispute professionnelle sur les critères du travail de qualité » (Clot, 2012) était une condition d'un « professionnalisme délibéré » (ibid.).

⁸ La situation est en effet, comme nous venons de le voir, affectante pour ces professionnels. Les émotions éprouvées (Rimé, 2005, op. cit.) se réalisent dans des sentiments dont le destin n'est jamais certain.

A ce premier effet très important pour l'avenir des dialogues entre ces professionnels, s'ajoute également la prise de conscience du fait que ces délibérations professionnelles sont d'autant plus nécessaires que ces masseurs-kinésithérapeutes sont, dans l'action ordinaire de leur travail, des « équilibristes du compromis opératoire » (ibid.). Contrairement à la *vulgate* du « new public management » (Demaillly, 2008) qui envahit le champ de la santé en France, un bon professionnel n'est pas évaluable à sa manière de suivre, sans écart, des normes et préconisations intangibles. Un bon professionnel, face à un réel complexe, est un gestionnaire des contradictions. Son travail n'est pas une succession de « bonnes pratiques » (Balas, 2011b, op. cit.) mais contient, au contraire, une richesse de possibles qui nécessite donc des choix permanents, individuels et collectifs et qui aboutit à la construction de ce que l'on nomme « l'expérience ». Pour les masseurs-kinésithérapeutes du centre de rééducation, engagés avec moi dans la co-analyse de leurs activités, l'identification de dilemmes de métier qu'ils doivent affronter, est une prise de conscience essentielle car elle permet à chacun d'entre eux d'enrichir sa conception de ce qu'est un « bon professionnel ».

C'est un phénomène proche que l'on peut constater pour ce qui concerne le collectif de masseurs-kinésithérapeutes spécialisés en thérapie respiratoire. La mise en évidence de la catachrèse produite par Nathalie, entraîne le collectif dans un dialogue sur les critères de la qualité du travail. Comment apporter un soin dans cette situation ? Comment mesurer, à tout les sens du terme, son apport entre « faire à la place » du patient ou « aider le patient à faire » ? La création instrumentale de leur collègue ouvre une « fenêtre » vers le réel de leur activité commune qui comprend l'activité réalisée par Nathalie et dont on peut voir l'image à l'écran, mais aussi ce qu'elle n'a pas fait, aurait voulu faire... (Clot, 1999). Ce qui ici enrichie la situation, grâce au cadre de l'intervention en clinique de l'activité, c'est que ce réel n'est plus uniquement celui de Nathalie, mais celui de ses collègues du collectif initial et même celui du métier en général. Sur la base de ce que fait Nathalie, le collectif parvient à échanger sur ce que chacun aurait fait, ce que l'histoire du métier a fixé, ce qu'il est discutable de faire, ce que l'on peut se permettre de tenter... Ces professionnels sont alors engagés dans le cercle dialogique vertueux de l'entretien de leur métier, au sens de sa mise en débat. Il s'agit bien ici d'une reprise en main, par les professionnels et grâce au cadre réglé dont le clinicien est le garant, de l'histoire de leur métier dont on connaît les effets sur leur santé individuelle et leur pouvoir d'agir (Clot, 2008, op. cit.) collectif.

4- Recherche fondamentale de terrain

Si l'on peut conclure à des effets sur les professionnels engagés dans ces interventions, transformations dont quelques indices ont été exposés, comment se positionne l'enjeu de connaissance qui constitue l'essence de toute recherche scientifique ? En effet, sans ce second enjeu, cette clinique n'est plus scientifique mais se résume à une « action sociale », c'est-à-dire à un dispositif de transformation locale, sans volonté de généralisation, ni auprès d'acteurs sociaux distants (par exemple des professionnels du métier), ni au plan conceptuel en direction de la communauté scientifique. Dans ce cas, la RAC se trouve amputée de son « R » et l'on parle alors d'action collaborative.

Dans des approches expérimentales « traditionnelles », l'enjeu de connaissance est central, mais, quand on s'approche des pratiques et des phénomènes socialement ancrés, quand on prend le « tournant praxéologique » déjà évoqué, le risque de s'y perdre est majeur, en particulier car les épistémologies sont parfois peu explicites. « C'est malheureusement

devenu une spécialité courante dans la littérature américaine, mais c'est aussi ce qui se produit actuellement dans le cadre du tournant théorique fondé sur la pratique. Ce tournant général est problématique parce qu'il inclut des approches très éclectiques les unes par rapport aux autres, saisissant tout ce qui est d'une façon ou d'une autre relié à la pratique. Ces différentes approches seront appelées « théories pratiques » même si elles ont très peu de relations entre elles : le pragmatisme traditionnel, la théorie de l'acteur-réseau (ANT) et Bourdieu ne sont pas exactement la même chose ! Ensuite, il suffit d'ajouter un peu de Marx, un soupçon de féminisme radical et un peu d'autres approches et cela devient une sorte de soupe ! Compte tenu de cet état de fait, il devient essentiel de revenir de façon plus sérieuse sur les fondements épistémologiques et sur les conjectures de base propres à chaque approche et de ne pas essayer de tout intégrer immédiatement (Engeström, 2011, pp. 170-171).

C'est ce que propose Clot en distinguant précisément méthode et méthodologie : « Comme le montre toute l'œuvre de Vygotski, la méthode, comme technique d'action peut être clinique ou expérimentale, l'essentiel est que la méthodologie soit historico-développementale » (2008b, op. cit., p. 170). Cette méthodologie s'inscrit dans une critique du « dogme de l'expérience immédiate » (ibid.). Par des méthodes indirectes, elle consiste à organiser le redoublement de l'expérience vécue et ainsi favoriser l'étude « du passage d'une activité dans l'autre » (ibid.). Le fondement théorique de cette méthodologie qui sert de cadre à la clinique de l'activité est fixé : « permettre au sujet de transformer des fonctionnements réalisés en objet d'un nouveau fonctionnement afin d'étudier le développement réel – possible ou impossible – et ses principes » (ibid., p. 171).

Dans le cadre des interventions exposées, avec les professeurs de sports et les masseurs-kinésithérapeutes, qu'en est-il ?

Avec les professeurs de sports, après avoir réalisé plusieurs films d'activité, plusieurs autoconfrontations simples puis croisées, avec trois professionnels volontaires, issus du groupe initial, j'ai pu retranscrire intégralement les dialogues de ces entretiens. Sur la base de ce verbatim, j'ai pu observer plusieurs exemples où le point de vue de l'un ou de l'autre des professeurs connaît une évolution radicale sur une action professionnelle. Par exemple, Thierry, convaincu de l'inutilité du temps consacré à répondre au téléphone, ce qu'il exprime clairement dans l'autoconfrontation simple, parvient à une opinion opposée dans l'autoconfrontation croisée avec Catherine, lorsqu'il indique avec fierté que sa façon de renseigner les usagers au téléphone est particulière et peu administrative, mais plutôt « pédagogique ».

Dans les limites d'un travail universitaire, j'ai pu, grâce à ce développement du point de vue de Thierry et de ses collègues à d'autres moments, constater que le cadre méthodologique construit avec ces professionnels permet de relancer les dialogues entre eux et ainsi favoriser l'enrichissement de l'expérience individuelle et collective. Ainsi, la dialogie (Bakhtine, 1984 ; Clot, 2005, op. cit.) semble bien être la clé des processus de construction de l'expérience et son organisation « artificielle », dans l'intervention clinique permet de renouer avec ce phénomène écologique.

Avec les masseurs-kinésithérapeutes du centre de rééducation, l'analyse des dialogues issus des autoconfrontations a également permis de proposer quelques interprétations à caractère général. Parmi celles-ci, j'ai pu étudier comment les « dilemmes historiques de métier » qu'ils découvrent dans leurs échanges, impriment des formes singulières aux

dialogues réalisés entre pairs. En effet, dans les séquences où un dilemme émerge, le début est marqué par l'expression de deux points de vue opposés puis, après des échanges souvent vifs, voire affectivement difficiles (avec des hésitations, des réactions corporelles, des lapsus, etc.), une controverse qui « tourne court » et se transforme en partage de deux points de vue, pourtant toujours opposés (Balas, 2011a, op. cit.).

Ce repérage de formes particulières de réalisation des dilemmes dans les dialogues entre professionnels est un acquis de cette intervention car il permet d'envisager une reprise de l'analyse des dialogues entre professionnels d'autres secteurs et une identification, a posteriori, des dilemmes qu'ils affrontent.

Avec Nathalie et ses collègues masseurs-kinésithérapeutes spécialisés en thérapie respiratoire, plusieurs constats généralisables peuvent également être faits. Celui qui retient mon attention ici, porte sur le rôle joué par le cadre clinique de l'autoconfrontation pour permettre à Nathalie, seule puis avec ses collègues, de redécouvrir la créativité dont elle fait preuve dans son action quotidienne. En situation professionnelle, l'opérateur agit et « incorpore » ses manières de faire au point de les rendre inconscientes. Le fait de se confronter, seul puis avec un collègue aux images de son activité, permet de « désincorporer » ses manières de faire, de les dénaturiser (Fernandez, 2009, op. cit.) et de les rendre visibles. On peut, là aussi, parler d'un constat généralisable et réinvestissable dans d'autres interventions.

Conclusion

L'objet de cet article était d'observer en quoi des interventions conduites en « clinique de l'activité » pouvaient être rapprochées, ou non, d'un modèle de recherche-action collaborative. Pour documenter cette question, je suis revenu sur trois actions conduites avec des professeurs de sports et deux collectifs de masseurs-kinésithérapeutes, avec la méthode des autoconfrontations croisées.

Après avoir présenté l'origine de ces interventions, qui explique l'engagement des acteurs, j'ai pu détailler les ressorts méthodologiques sur lesquels s'appuient ces travaux. La co-analyse de l'activité de travail, entre un clinicien et un collectif de professionnels, permet de « transporter » l'expérience singulière de ces derniers dans une « zone potentielle de développement » (Vygotski, 1978, p. 86, op. cit.). Cette expérience en ressort enrichie et permet alors aux professionnels de développer leur pouvoir d'agir (Clot, 2008, op. cit.) sur leur situation professionnelle.

Reste qu'à ce stade, ces interventions ne sont pas de la « recherche », au moins si l'on considère cette dernière comme une pratique sociale de construction de généralisations nouvelles.

C'est pourquoi, la clinique de l'activité se propose de scinder, au plan chronologique, l'action et la recherche : c'est parce que l'action a réussi⁹ que le travail de recherche peut se dérouler. Il ne s'agit pas d'organiser l'action selon des critères scientifiques favorisant son analyse mais bien de « provoquer » l'action puis, dans un second temps, d'en faire une analyse à portée généralisable.

⁹ Il faut nuancer cette dernière remarque car certaines interventions qui, sur le plan social peuvent être jugées inabouties, peuvent cependant donner lieu à une analyse, justement sur les ressorts de « l'échec » et produire ainsi des connaissances utiles (Kostulski, Clot, Litim, & Plateau, 2011).

Ainsi, peut-on dire que la clinique de l'activité est une RAC ? Si elle s'inscrit bien comme une science de la praxéologie, si elle combine donc bien des enjeux d'action et des enjeux de recherche, il semble que l'on doive plutôt parler en ce qui concerne cette approche d'action-recherche ou, mieux encore d'« Action \leftrightarrow Recherche ». En effet, en clinique de l'activité, l'action est première et la recherche, une possibilité seconde. Mais, au delà du primat de l'action, on assiste bien dans les interventions et dans l'action du clinicien, à un rapport itératif entre ces deux enjeux, comme veut le symboliser la double flèche.

Enfin, peut-on dire que la clinique de l'activité propose un cadre collaboratif entre chercheur et praticiens ? Là aussi, la réponse ne peut être que nuancée. Si l'intervention en clinique de l'activité propose bien un « labeur » commun aux professionnels et au chercheur, je pense qu'il serait plus pertinent de parler de « co-action » que de collaboration. En effet, si, nous l'avons dit, le travail des professionnels devient un objet commun d'analyse entre eux et le chercheur, il n'en reste pas moins que le chercheur et les professionnels engagés dans l'action ont des buts distincts – produire de la science pour l'un, agir sur leur travail et son organisation pour les autres – comme des instruments différents. Les professionnels disposent d'une expertise de la situation professionnelle qui ne coïncide pas avec l'expertise clinique du chercheur. C'est d'ailleurs la non-coïncidence de ces expertises qui favorise l'action en obligeant les professionnels comme le clinicien à se placer « une tête au-dessus d'eux-mêmes » (Vygotski, 1978, p. 102, op. cit.).

Peut-on alors dire que la « clinique de l'activité » est une forme renouvelée de recherche-action collaborative ? Cette « recherche fondamentale de terrain » (Clot, 2008a, op. cit.), malgré ses proximités, malgré le fait que la recherche, centrée sur les activités de travail, ne peut se concevoir sans une visée transformatrice, au plus près des professionnels, ne peut strictement être qualifiée de RAC mais sans doute peut participer, de son point de vue, à une interrogation plus globale sur les nouveaux enjeux d'une science du réel du travail.

Bibliographie

BAKTHINE, M. (1984). *Esthétique de la création verbale*. Paris : Gallimard.

BALAS, S. (2005). Analyse des conditions de développement d'un genre professionnel chez les conseillers d'animation sportive des services déconcentrés du ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative. *Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de l'Insep*. Paris : INSEP. <http://195.154.95.153:81/archimede/ExploreOneUpload.do;jsessionid=7BA1700EDB4EE96F20EFBF7A7576839F?vref=185>

BALAS, S. (2011a). Le référentiel, un outil de formation, un instrument de développement du métier. Le métier de masseur-kinésithérapeute en référence. *Thèse pour le doctorat de sciences de l'éducation*. Paris : CNAM, <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00669690>.

BALAS, S. (2011b). Kinésithérapeute, un métier de référence. *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°12, 2011/2, pp. 223-238.

BALAS, S. (2011c). Travailler le conflit : une habitude créatrice. « *Le travail réel, entre créativité et habitude* ». Proposition de communication RT 23. 4^{ème} colloque de l'Association française de sociologie, Grenoble, 5 au 8 juillet 2011.

BALAS, S. (2013). Quand le désaccord n'est pas un problème, mais une solution... Communication dans le cadre du *Colloque international du groupe d'études sur le travail et la souffrance au travail (GESTES)*. Quelles actions pour un autre travail : soulager la souffrance, éradiquer les facteurs de risques, « soigner le travail » ? 10 et 11 juin 2013 à Paris.

BALAS, S. (à paraître). Intervenir avec des masseurs-kinésithérapeutes : le développement en référence, *@ctivités*.

BEGIN, P. & CLOT, Y. (2004). L'action située dans le développement de l'activité. *@ctivités*. [en ligne]. Vol. 1, n°2. Disponible sur : <http://www.activites.org>

CHAUVIGNE, C. (2010). Les référentiels en formation, in Chauvigné, C. & Lenoir, Y. (Sous la coord.). Les référentiels en formation : enjeux, légitimité, contenu et usage, *Recherche & Formation*, N°64-2010, pp. 77-89

CLOT, Y. (1995). *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux du travail et de vie*. Paris : La découverte.

CLOT, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF.

CLOT, Y. (2004). Action et connaissance en clinique de l'activité. *@ctivités*. [en ligne]. Avril 2004, vol. 1, n°1. Disponible sur : <http://www.activites.org/v1n1/clot.pdf>

CLOT, Y. (2005). L'autoconfrontation croisée en analyse du travail : l'apport de la théorie bakhtinienne du dialogue, in, Filliettaz, L. & Bronckart J.-P. *L'analyse des actions et des discours en situation de travail. Concepts, méthodes et applications*, Louvain-la-Neuve : Peeters, pp. 57-75

CLOT, Y. (2008a). La recherche fondamentale de terrain : une troisième voie. *Education Permanente*, n°177, 2008/4.

CLOT, Y. (2008b). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF

Clot, Y. (2012). Le travail soigné, ressort pour une nouvelle entreprise », *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 1 | 2012, URL : <http://nrt.revues.org/108>

- CLOT, Y., FAÏTA, D., FERNANDEZ, G., & SCHELLER, L. (2001). Entretiens en auto confrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité, *Education Permanente*, N°146, 2001/1, pp. 17-25.
- CLOT, Y., & GORI, R. (2003). *Catachrèse: éloge du détournement*. Nancy : PUN
- DALLAIRE, M. (2002). *Cadres de collaboration des approches participatives en recherche : recension d'écrits*. FCRSS/IRSC Université de Montréal, [En ligne] <http://www.cacis.umontreal.ca/pdf/Recension1.pdf>
- DEJOURS, C. (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Seuil.
- DELPLANQUE, D., & SELLERON, B. (2012). *Référentiels en kinésithérapie respiratoire*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson
- DEMAILLY, L. (2008). *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- DEVEUREUX, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion.
- ENGESTRÖM Y. (2011). Théorie de l'Activité et Management. *Management & Avenir*, 2011/2 n°42, pp. 170-182.
- FERNANDEZ, G. (2009). *Soigner le travail. Itinéraire d'un médecin du travail*. Paris : Eres
- GIDDENS, A. (1987). *La constitution de la société*. Paris : Presses universitaires de France.
- JOBERT, G. (2006). Entre savoirs et surprise, une analyse clinique du travail, in M. Cifali et F. Giust-Desprairies. *De la clinique*. Bruxelles : De Boeck Université « Perspectives en éducation et formation », pp. 29-41.
- KLOETZER, L. & HENRY, M. (2010). Quand les instruments de métier deviennent objets de discours : une condition de l'analyse du travail en autoconfrontation croisée ? *@ctivités*, 7(2), 44-62, <http://www.activites.org/v7n2/v7n2.pdf>.
- KOSTULSKI, K., CLOT, Y., LITIM, M., & PLATEAU, S. (2011). L'horizon incertain de la transformation en clinique de l'activité : une intervention dans le champ de l'éducation surveillée. *Activités*, 8(1), pp. 129-145, <http://www.activites.org/v8n1/v8n1.pdf>
- LEPLAT, J. & HOC, J.-M. (1983). Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. *Cahiers de psychologie cognitive*, 3, 1, 49-63
- LHUILIER, D. (2006). *Cliniques du travail*. Paris : Erès
- LORINO, Ph. (2009). Concevoir l'activité collective conjointe : l'enquête dialogique. Étude de cas sur la sécurité dans l'industrie du bâtiment. *@ctivités 6 (1)*. pp. 87-110. <http://www.activites.org/v6n1/v6n1.pdf>
- MAGGI, B. (2011). *Interpréter l'agir : un défi théorique*. Paris : PUF, Collection le travail humain.
- ODDONE, I., RE, A. & BRIANTE, G. (1981). Redécouvrir l'expérience ouvrière. Vers une autre psychologie du travail ? Paris : éditions sociales
- REILLE-BAUDRIN, E. (2011). Reconversion professionnelle, l'espace d'une transition. D'une clinique de l'expérience à l'expérimentation clinique de l'activité transitionnelle : la méthode des instructions au sosie. *Thèse pour le doctorat en psychologie*. Paris : CNAM.

RIME, B. (2005). *Le partage social des émotions*. Paris : PUF

SHELLER, L. (2002). Clinique de l'activité, haine, travail. *Cliniques méditerranéennes*, 2002/2, n°66, pp. 85-103.

Vygotski, L.S. (1978). *Mind in Society: Development of Higher Psychological Processes*, Cambridge: Harvard University Press.

VYGOTSKI, L. (1927/1999), traduction de Barras, C. et Barberies, J.). La signification historique de la crise en psychologie. Lausanne : Delachaux et Niestlé.

VYGOTSKI, L. (2003, traduction Sève F. et Fernandez G.). *Conscience, inconscience, émotions*. Paris : La Dispute.