

La recherche-action en psychosociologie du travail

Dominique Lhuilier

▶ **To cite this version:**

Dominique Lhuilier. La recherche-action en psychosociologie du travail. Anne-Lise Ulmann; Annie Weill-Fassina; Tahar Hakim Benchekroun. Intervenir. Histoires, recherches, pratiques, Octares, 2017, Travail et activités humaines, 978-2-36630-070-3. hal-04046482

HAL Id: hal-04046482
https://cnam.hal.science/hal-04046482

Submitted on 26 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La recherche-action en psychosociologie du travail

Dominique Lhuilier
In Intervenir. Histoire, recherches, pratiques. Toulouse, Octarés, 2017.

Introduction :

Toute intervention comporte des enjeux de transformation et des enjeux de connaissance. On peut d'ailleurs considérer que l'intervention cherche à développer un mouvement collectif de connaissance qui est lui-même partie prenante des processus de changement. Les connaissances dont il s'agit ici sont indissociables des conditions de leur émergence : elles se construisent dans l'action. Reste à penser alors les différents types de connaissances et leur rapport de continuité ou discontinuité. La question importe beaucoup car les réponses donnent à voir à la fois les conceptions des rapports entre savoirs pratique, théorique, « profane », scientifique…, des rapports entre savoir et pouvoir et enfin les différentes conceptions du travail de recherche comme du travail des « agents de changement » (formulation générique qui englobe la diversité des métiers d'intervenants, consultants).
On optera ici pour une conception de l'intervention inscrite dans une perspective de recherche-action. Toute R-A est une intervention, même si l'inverse n'est pas vrai. En effet, toutes les pratiques d'intervention ne soutiennent pas un projet heuristique. Mais peu, sauf aux risques de dériver vers une approche technocratique ou de prestation de services, peuvent se passer de savoirs théoriques antécédents, évalués et remaniés dans l'expérience même de l'action de transformation.
La recherche-action se définit simultanément par rapport à des considérations scientifiques (options épistémologiques et méthodologiques) et par rapport à des considérations politiques, praxéologiques. Ces deux orientations comportent nécessairement des choix de position, posture, mode d'engagement qui impliquent eux-mêmes des débats de valeurs.
Dans le cadre limité de ce texte, nous tenterons de présenter très brièvement les grands traits de l'histoire de la R-A, car contrairement à nombre d'idées reçues, il ne s'agit pas d'une « nouvelle » démarche. L'usage de termes synonymes mais plus récents comme « recherche-intervention » ou « recherche interventionnelle » peut faire oublier ces antécédents. Nous préciserons ensuite quelques uns des instruments essentiels de ce type de travail. Et nous présenterons enfin une expérience de R-A réalisée en milieu hospitalier en abordant quelques questions méthodologiques dans une perspective transitionnelle du changement.
Enfin, pour préciser ce que nous entendons par R-A en évitant de longs développements sur la polysémie du terme, nous nous appuierons sur la définition suivante « Un projet qui répond à la fois aux préoccupations pratiques d'acteurs se trouvant en situation problématique et au développement des sciences sociales par une collaboration qui les relie selon un schéma éthique mutuellement acceptable. » (Rapoport, 1968-1973, p. 115).

Retour sur l'histoire :

La recherche-action est née dans les années 40, mais on en trouve en fait des traces dés l'entre-deux guerres. On ne peut retracer ici à la fois tous les préliminaires de ces pratiques en prises sur le terrain qui associent les acteurs et les groupes à l'élaboration des connaissances et des changements, comme les différents courants qui s'en réclament. D'excellents travaux retracent précisément cette histoire et notamment ceux de J. Dubost (1983, 1987, 2013) et

ceux d'André Levy (1984, 1985, 1997). Nous n'évoquerons ici que quelques figures fondatrices : Kurt Lewin bien sûr mais beaucoup d'autres encore, sans doute moins souvent associées à la paternité du terme et de ces pratiques. Car la R-A est née simultanément en différentes régions du monde (Etats Unis, Amérique latine, Europe) et en différents secteurs, ceux de la recherche, du soin, de l'éducation populaire notamment.

Entre 1940 et 1945, alors que Kurt Lewin inventait l'*action research* aux USA, apparaissaient, à la Tavistock Clinic de Londres, les premières évolutions qui conduisirent à la recherche-action participative, tandis qu'à Saint Alban en France, F. Tosquelles était amené à prendre des décisions qui ont fondé la première expérience de psychothérapie institutionnelle et qu'ultérieurement, se sont développés les courants institutionnels qui ont pris eux aussi leur origine dans le champ de la psychiatrie. On peut citer encore l'Analyse institutionnelle portée par L. Lourau et G. Lapassade, ou la Sociopsychanalyse de G. Mendel, ou l'orientation psychosociologique développée par l'ARIP[1] et le CIRFIP[2].

Sans viser aucune exhaustivité, évoquons seulement quelques figures fondatrices : Kurt Lewin (1944) bien sûr à qui revient la paternité du terme. Professeur de philosophie et de psychologie à l'Université de Berlin de 1926 à 1933, il est chassé par les nazis, et sera accueilli dans plusieurs universités américaines, dont celle d'Harvard. Il donne différents sens à la RA : elle peut être une expérimentation dans la vie réelle, une recherche sur l'efficacité relative de différentes formes d'action, une recherche diagnostic pour préparer une stratégie d'action, une manière de promouvoir, de démocratiser la recherche scientifique auprès des acteurs en lui donnant une dimension praxéologique. L' « *action research* » la plus connue de K. Lewin est sans doute celle réalisée en vue d'un changement d'habitudes alimentaires, en période de guerre, aux Etats-Unis.

Un deuxième foyer de développement de la RA s'inscrit dans le *Tavistock Institute of Human Relations* en Angleterre. Ce groupe pluridisciplinaire formé dans les années 20 et 30 sera confronté à des problèmes sociaux de grande ampleur lors de la crise des années 30, puis de la guerre. C'est dans ce contexte qu'on peut évoquer la RA de Wilfried Bion (1961) sur la réinsertion des prisonniers de guerre libérés. Ici, les interventions relèvent clairement du champ thérapeutique. Elles visent à prendre en compte des demandes de collaboration à la résolution de problèmes et à articuler l'intervention à un travail de recherche afin qu'elle ne reste pas « une simple pratique de consultation ». Cette attention portée à la recherche tient à la volonté de résister aux risques de subordination de l'intervenant aux commanditaires, comme à la nécessité d'inscrire la situation locale sur laquelle porte l'intervention dans un contexte plus global, d'ouvrir les analyses au delà du « local » et de renforcer ou préserver le caractère de tiers des intervenants. De plus, l'évaluation du travail réalisé s'ouvre alors à d'autres destinataires que les acteurs impliqués localement.

Jacob Levy Moreno (1934), médecin psychiatre et psychosociologue, est une autre figure fondatrice de la RA : il radicalise la critique à l'égard des sciences conventionnelles qui, dit-il, échouent à rendre compte de la dynamique des faits sociaux. Il remet en cause la dissociation entre pensée et action, ou théorie et pratique, le maintien d'une position illusoire d'objectivité, neutralité de la recherche, la réduction des sujets au statut d'objets de recueil de données, la résistance des chercheurs à la participation active au changement. Ce sont ses interventions en milieu ouvert à Harlem à partir de 1929, en vue de comprendre et analyser la genèse des émeutes raciales et tenter de dissoudre le stéréotype du « nègre », qui inaugurent le

[1] ARIP : Association pour la recherche et l'intervention psychosociologique.
[2] CIRFIP : Centre international de recherche, formation, intervention psychosociologique.

sociodrame. Les formes de recherche-action les plus importantes de son œuvre se poursuivent à travers le psychodrame et les élaborations thérapeutiques et théoriques qu'il permet.

Le travail de pionnier réalisé par Elton Mayo (1933) et ses collègues inaugure aussi plusieurs des formes de recherche-action en milieu industriel, et une théorie de l'organisation dite des Relations Humaines dont l'influence est toujours vivante. Avec ses collaborateurs, F.J Roethlisberger, W.J. Dickson, H.A. Wright, ils ont réalisé à partir de 1923 des enquêtes, puis des expérimentations dans les ateliers, reproduisant les conditions du laboratoire sur le site même de l'entreprise, la Western Electric Company. La « délocalisation » du laboratoire sur le terrain constitue les premiers pas d'un tournant méthodologique poursuivit ensuite : les rapports entre chercheurs et « objets » de la recherche s'y trouvent transformés, ces derniers étant invités à participer au moins partiellement au processus, à collaborer à ses inflexions. Du behaviorisme expérimentaliste initial, on passe à une démarche plus clinique visant la co-analyse de la signification des conduites et non plus la recherche explicative assortie de préconisations d'experts détenteurs du savoir.

François Tosquelles (1967), psychiatre catalan réfugié en France, dirige l'asile de Saint-Alban en Lozère lorsqu'en 1941 son hôpital n'est plus ravitaillé. Il décide alors d'ouvrir les portes de l'hôpital et d'envoyer les malades travailler chez les paysans de la région, en échange de nourriture. Il constate que non seulement les patients se portent mieux mais que le fonctionnement institutionnel de l'asile s'en trouve radicalement transformé. Pendant les 25 ans qui suivront, les principes d'une psychiatrie ouverte, de l'insertion de malades dans l'environnement seront mis en pratique. Cette expérience sera à l'origine de la psychothérapie institutionnelle et du mouvement de l'Analyse institutionnelle.

On perçoit ici d'emblée la difficulté à dégager le point commun des entreprises qui se nomment recherche-action ou recherche-intervention. En essayant de repérer des critères communs à toutes les pratiques étudiées, J. Dubost (1984) a proposé une définition générale de la RA en cinq points : « une action délibérée, visant un changement dans le monde réel, engagée sur une échelle restreinte, englobée par un projet plus général et se soumettant à certaines disciplines pour obtenir des effets de connaissance ou de sens.» On peut repérer aussi une grande variété de significations données au mot RA et ce dés l'origine. J. Dubost, dans ce même article, propose un recensement de ces significations. Il permet de dégager des conceptions différentes assisses sur des lectures contrastées des liens qui unissent recherche et action-intervention. Certaines conceptions réservent le terme de RA à une visée de production de connaissances, d'un savoir validé, qui s'intègre à la construction d'une discipline. Les questions retenues dans le projet peuvent être suggérées par des préoccupations pratiques mais elles doivent aussi prendre leur sens à l'intérieur d'une problématique propre à la discipline. D'autres considèrent que réaliser des études qui portent sur des variables d'action est ce qui défini la RA. Il s'agit là de mettre en évidence des effets de ces variables sur les situations étudiées. Il y a bien un ancrage théorique à ces enquêtes mais ce sont des problèmes d'action qui prévalent ici, plus que des problèmes de connaissance.

On peut évoquer encore les recherches qui visent l'élucidation des conduites humaines et de leurs déterminants comme de leurs processus. Cette démarche s'inscrit souvent dans une relation d'aide et elle cherche à répondre à une demande. L'attention est portée sur l'élaboration du savoir-expérience. Ici, l'action est suspendue à l'intérieur du dispositif au profit d'un travail d'analyse, d'élucidation. Les groupes d'analyse des pratiques peuvent s'inscrire dans cette démarche de RA.

On voit donc que parfois, c'est la stratégie de recherche qui prévaut: alors les actions, guidées par des repères et visées scientifiques, sont programmées par les chercheurs. Dans d'autres

cas, c'est plutôt la stratégie d'action qui domine, elle est le point de départ et la finalité du projet. Dans ces deux cas, il n'y a pas à proprement parler d'innovation : le recours à l'action dans la recherche est déjà là, y compris dans les démarches d'expérimentation, comme le recours aux études peut soutenir des stratégies d'action ; c'est notamment le cas dans toutes recherches appliquées.

Par contre la RA entendue comme stratégie d'action constituant *en même temps* une modalité de construction de connaissances est à la fois plus innovante et plus rare. Elle suppose en tous cas des conditions de rencontre entre des axes de recherche et des commandes-demandes, conditions qu'il convient d'explorer. Ou pour le dire autrement, elle suppose « une rencontre entre deux histoires en panne … à partir du constat d'un manque partagé de connaissances utiles. » (Teigger, 2007, p.43). On doit souligner ici un critère essentiel de la RA dans cette perspective : le processus de production de connaissance et la contribution qu'en retirent les acteurs par rapport aux questions qu'ils se posent sont deux effets mutuellement dépendants.

Des instruments de la RA :

Reconnaître les acteurs comme des sujets participants pleinement aux processus de production de connaissances et de changements engage à un type particulier de relation qui se traduit dans les méthodes et dispositifs mis en place. La collaboration à installer déplace les rôles respectifs classiques car « la recherche-action est un processus dans lequel les acteurs sociaux ne sont plus considérés comme de simples objets passifs d'investigation, deviennent de plus en plus des sujets conduisant une recherche avec la collaboration de chercheurs professionnels. Ce sont donc les groupes sociaux concernés qui vont identifier les problèmes qu'ils veulent étudier, en réaliser une analyse critique et rechercher les solutions correspondantes.» (Le Boterf, 1983, p. 44). La construction de cette relation de coopération passe par la définition d'un partenariat nécessairement contextualisé. L'intervenant-chercheur n'est pas extérieur à la situation étudiée, il se trouve pris dans, comme les acteurs, dans tout un réseau de relations qui oriente et conditionne ses activités. Il s'agira donc de négocier les conditions de la mise en œuvre de la RA, toujours soumise aux aléas de toute entreprise collective mais aussi aux rapports sociaux préexistants. La démarche engagée dépend d'abord de la demande, de l'acceptation des acteurs de s'engager dans un travail d'élaboration se traduisant par la remise en cause des savoirs-convictions qui orientent et légitiment leurs pratiques. Cette démarche dépend encore des conditions matérielles, institutionnelles, des circonstances, voire d'obstacles imprévisibles qui peuvent obliger à un réajustement du dispositif. Elle dépend aussi bien sûr des attitudes (réticence, alliance…) qu'elle suscite et ce tout au long du processus. Un processus qui comprend différents moments et qui exige de la durée.

La distinction entre commande et demande est utile à la construction de cette relation de coopération avec les différents acteurs de l'organisation (Guienne-Bossavit, 1994). La commande renvoie au commandement, c'est-à-dire à une relation d'autorité. Elle émane le plus souvent de sphères de décisions telles que les directions, CHSCT, CE … La demande quant à elle exprime un message tenu en nom propre et adressé à autrui. Il s'agit essentiellement, au-delà de la diversité des demandes, de demandes de sens (incompréhension) et de demandes d'accroissement du pouvoir de l'acte (impuissance).

Les différences entre commande et demande tiennent à la fois aux positions occupées, aux objets privilégiés et aux attentes exprimées. Du coté des positions respectives, le commanditaire parle à partir d'une position d'autorité que lui confère son pouvoir de décision.

Cette parole est tenue « au nom de » (l'entreprise, le service, l'équipe…). Il représente plus que lui-même et parle essentiellement « des autres », ceux qui seraient impliqués dans l'intervention sollicitée. Le demandeur, quant à lui, parle en son nom propre : il évoque son questionnement, son malaise, ses difficultés. Il peut être en position d'autorité mais il sollicite une collaboration dans l'exploration des situations-problémes. Il manifeste une ouverture à l'altérité, à la diversité des expériences et points de vue. En ce qui concerne l'objet des échanges avec l'intervenant-chercheur, le commanditaire parle essentiellement de l'acte qu'il commande (une formation, du coaching, un groupe de parole, un diagnostic, un audit …), alors que le demandeur évoque d'abord ce qui lui fait problème, sa perception de la situation. L'acte n'est pas pensé comme un produit prêt à emploi mais comme un processus, une démarche susceptible de conduire progressivement vers la résolution d'un problème. Enfin, les attentes des uns et des autres sont différentes : le commanditaire a déjà anticipé la « solution » : elle est décrite de façon opératoire. Et l'échange est plutôt orienté vers les modalités pratiques de sa mise en œuvre : durée, coûts, délais, rythmes… Le demandeur exprime des besoins, voire des désirs. Il n'a pas anticipé et défini des solutions mais reste ouvert à l'exploration et l'expérimentation.

Le travail de l'intervention consiste d'abord à transformer le plus possible les commandes en demandes afin de favoriser l'implication de tous les acteurs dans la démarche, d'intégrer le(s) commanditaire(s) dans le dispositif à construire, d'explorer la diversité, les convergences et contradictions entre les demandes. Si l'analyse des demandes est bien le premier temps de l'intervention, celui qui correspond à une phase exploratoire qui vise à clarifier et négocier la commande, elle est aussi une activité permanente lors de l'intervention car les demandes évoluent nécessairement dans le temps du processus engagé et ses développements. Aussi, l'intervention commence dés cette phase initiale car l'analyse des demandes est en elle-même conçue comme action de transformation des perceptions, représentations, positions. L'analyse des demandes est partie intégrante de la co-analyse des situations de travail et elle est guidée par cette recentration sur le travail, par un aller-retour entre l'activité de travail et l'exploration de ses déterminants (Amado et Lhuilier, 2012).

Enfin, l'analyse de la demande ne peut bien sûr faire l'économie de celle de l'intervenant-chercheur : il n'est jamais lui-même sans demande. Quels sont « ses objets », ses préoccupations, ses questions ? Que cherche-t-il à faire dans cette histoire ? Pourquoi « intervenir dans la vie des autres » (Schwartz, 2007) ? Quelle sélection opère-t-il entre les commandes, demandes ? Quelles reformulations propose-t-il pour qu'elles correspondent à ses propres ressources et visées ?
Cette question rejoint celle de la posture de l'intervenant : avec quoi arrivons-nous sur « un chantier » ? Pourquoi nous engageons-nous dans une recherche-action ? Que cherchons-nous à installer et construire ?
La posture se construit au croisement de la méthodologie, du statut de l'intervenant mais aussi de son implication personnelle et professionnelle. Il n'y a pas de méthodologie sans cadre théorique, sans conception des voies de transformation et du développement. Ces étayages théoriques supportent les choix méthodologiques opérés à travers la construction des dispositifs et des méthodes retenus. L'intervenant-chercheur est bien habité par cette double activité qui est la sienne, même si on peut bien sûr repérer des pondérations différentes suivant les différents moments de la recherche-action. Les méthodologies déterminent le choix des méthodes suivant les conceptions théoriques des voies du développement. Celles-ci peuvent privilégier la prise de conscience (par l'interprétation, par l'auto-observation…), par le développement des compétences (par la formation-action par exemple), par l'expérience, l'expérimentation et la réflexivité, par la dialogie et les controverses…

Le statut est aussi structurant de la posture. Il n'y a pas de demande sans adresse, ni sans offre. Aussi le statut de l'intervenant oriente à la fois les commandes et les demandes, en fonction des représentations que les acteurs ont de ce que l'intervenant peut faire, peut apporter. L'appartenance institutionnelle mais aussi disciplinaire importe beaucoup. Elle guide aussi la sélection et reformulation des commandes et demandes. On pense ici par exemple, à ce qui distingue tant dans les représentations que dans les manières de travailler, les intervenants interne ou externe, le consultant et l'universitaire-intervenant, les ergonomes, les sociologues, les psychologues intervenants…

Enfin, l'implication de l'intervenant est elle aussi déterminante : celui-ci met en jeu sa propre subjectivité et celle des personnes avec qui il intervient. Il s'agit donc de penser les rapports d'intersubjectivité qui sont développés dans le travail de l'intervention. Ici, les travaux de G. Devereux (1998) nous semblent particulièrement éclairants : ils revalorisent la subjectivité du chercheur qui n'est plus considérée comme un obstacle au travail scientifique mais comme une source et une ressource pour ce travail. « La subjectivité inhérente à toute observation est la voie royale vers une objectivité authentique plutôt que fictive. Les perturbations liées à cette subjectivité ne deviennent sources d'erreurs incontrôlées et incontrôlables que lorsqu'elles sont négligées ou parées de manière définitive par les résistances du contre-transfert maquillées en méthodes ».

On peut poursuivre l'analyse et considérer que l'analyse de l'implication de l'intervenant-chercheur est à la fois indispensable au travail de recherche mais aussi à l'action elle-même. Cette dernière suppose une activité réflexive sur l'action, sur l'activité de l'intervenant, sur le travail de l'équipe d'intervenants. Ceux-ci ne sont jamais eux-mêmes exempts d'affects, de représentations, de valeurs, parfois même d'idéologies. Concevoir son activité comme au service du développement impose une analyse de ses propres options et visées car : « Aucune praxis ne peut se dispenser d'une axiologie et ceux-là mêmes qui prétendent s'y dérober optent en fait pour un activisme manœuvrier ou mystificateur, ou simplement brouillon. » (Maisonneuve, 1965, p. 191). L'action, comme la production scientifique, renvoient essentiellement à des débats de valeurs, y compris celles de l'intervenant. Il ne s 'agit pas de concevoir ces options comme des biais ou des filtres à neutraliser mais comme des ressources pour l'intervention, à la condition qu'elles soient reconnues et débattues. L'intervenant est toujours confronté à des débats de normes -non pas seulement à ceux qui existent dans l'entreprise- car « il/elle a aussi une histoire, une famille, une vie personnelle, qui sollicitent son énergie et sa disponibilité. Il/ elle intervient dans un cadre professionnel qui comporte des contraintes économiques, et qui impose une lisibilité de son action vis-à-vis de ses collègues. Cette mobilisation subjective de l'ergonome peut évidemment être gratifiante, et contribuer à sa propre santé. Mais cette issue favorable des débats de normes n'est pas donnée d'avance, et l'ergonome peut aussi courir des risques personnels dans le cas contraire. » Ici, F. Daniellou (2006, p.13) rappelle la nécessité de mieux décrire les dimensions subjectives en jeu dans l'activité de l'ergonome en intervention, dimensions trop peu prises en compte dans les conceptualisations du métier d'ergonome et les formations associées. Son propos rejoint une préoccupation partagée depuis longtemps par les psychosociologues qui font de l'analyse de l'implication un instrument privilégié pour l'action (Barus-Michel, 1986 ; Ben Slama, 1986 ; Amado, 2006).

n'est pas indépendant de la posture de l'intervenant-chercheur. Il s'agit là d'un des instruments essentiels de la recherche-action. Le dispositif à construire lors de l'intervention a d'emblée une double visée : l'objet de la recherche et le champ de l'intervention. Le dispositif, suivant l'expression de G. Mendel est « un projecteur ». Aussi, il révèle et masque en même temps. Tout dispositif est une loupe : il grossit certaines dimensions et processus

dans un champ restreint, à l'intérieur duquel certaines déformations se produisent du fait de la soustraction d'une vue d'ensemble. Cette soustraction porte ses effets à la fois sur le périmètre de l'action et sur le risque de dénaturation de l'objet d'étude. Autrement dit, comme le souligne G. Mendel (1996) « tout dispositif se paie d'un coût élevé : il risque de devenir intimement lié à l'identité de son utilisateur qui risque alors de ne plus voir la réalité qu'à travers ce que son dispositif en révèle.» Il prend l'exemple du dispositif psychanalytique : il montre bien que celui-ci majore certains processus (tels que le transfert, la régression, les fantasmes inconscients révélés par l'affaiblissement de la censure) et en même temps qu'il en réduit d'autres (tels que l'acte et les processus psychiques associés au rapport à la réalité). Ce type de dispositif, importé dans le monde du travail et plaqué, alimente le psychofamilisme dénoncé par Mendel qui rappelle que « la société n'est pas une famille » (1992), que le chef n'est pas la figure du père et les collègues des frères ennemis, en quête d'exclusivité de l'amour du chef.

M. Bloch (1949), historien, souligne les mêmes écueils qui ne peuvent être contrecarrés que par une réévaluation de ce qui fonde les choix opérés et une exploration des alternatives possibles : « La science ne décompose le réel qu'afin de mieux l'observer grâce à un jeu de feux croisés dont les rayons constamment se combinent et s'interpénètrent. Le danger commence quand chaque projecteur prétend à lui seul tout voir, quand chaque canton du savoir se prend pour une patrie.» (p.86).

Aussi, la mise en discussion des dispositifs nous semble indispensable tant du point de vue de l'action que de la production de connaissances (Lhuilier, 2012). De même que la possibilité d'envisager une transformation des dispositifs en cours d'intervention, dans le cours de l'action ; ceci devrait nous permettre de conduire une analyse critique des liens entre la procédure de découpage du segment de réalité retenu et le « reste », qu'il conviendrait pourtant de prendre en compte. Tout dispositif contient en lui-même un principe de limite (il est ce qui éclaire un champ restreint), et aussi un principe d'orientation. Il oriente l'investigation des intervenants comme celle de ses partenaires de travail. En fonction des visées retenues suivant les différentes étapes et niveaux de l'intervention, le dispositif doit pouvoir supporter une certaine plasticité. Nous retiendrons avec C. Teigger (2007, p.37) la nécessité d'une « démarche globale, inductive et « opportune », c'est à dire qu'elle n'applique pas un schéma méthodologique préétabli et normalisé une fois pour toutes, mais qu'elle combine des méthodes variées de la façon la plus pertinente à chaque situation rencontrée ».

Il s'agit finalement et fondamentalement, d'analyser l'activité d'intervenant en tant que telle, au delà des présupposés théoriques et méthodologiques qui prévalent toujours à l'orientation de cette activité. Cette dernière s'inscrit toujours dans une histoire, celle des contextes d'intervention et celle de l'intervenant chercheur et de l'interdépendance de ses sphères d'activités. L'enjeu est d'importance car « c'est dans l'intervention que s'opère à la fois la remise en mouvement des cadres théoriques et méthodologiques qui traitent de l'activité, et que s'inventent des solutions opérationnelles pour accompagner les transformations de l'activité. » (Cerf, 2006, p.3).

Recherche-action et processus transitionnels

La présentation succincte de la recherche-action retenue ici cherche à rendre compte des difficultés rencontrées, des obstacles sur lesquelles nous avons butés. Pas seulement pour se dégager d'une tendance à l'euphémisation du réel dans les publications relatives à l'intervention, mais aussi pour engager une discussion sur les processus transitionnels qui peuvent être mobilisés pour chercher à dépasser les difficultés. Ce seront donc les axes privilégiés ici et nous renvoyons à d'autres publications sur l'ensemble de cette intervention (Lhuilier et al, 2001, Lhuilier et al, 2005 a et b).
La confrontation aux limites du dispositif tel qu'initialement envisagé comme à celles produites par les normes antécédentes en matière d'intervention, nous a conduit à transformer notre propre activité.
La commande provient d'un comité médical d'établissement, ici un CHU au Burundi : il s'agit de prévenir la transmission des infections en milieu hospitalier.
Le contexte importe beaucoup, comme lors de toute intervention : le Burundi est un pays africain profondément ébranlé par des conflits interethniques violents en 1993, un climat d'instabilité sociopolitique et de crise économique, une multiplication des problèmes sanitaires (malnutrition, épidémies de paludisme, choléra, endémie tuberculeuse, prévalence du VIH-sida) qui impactent fortement les structures sanitaires du pays. Les médecins élus au conseil du CHU sont très préoccupés par le taux de mortalité et morbidité du personnel travaillant à l'hôpital. Le milieu hospitalier est toujours un lieu de concentration de pathologies diverses dont certaines sont contagieuses. Et l'épidémie de VIH donne à ce problème une acuité particulière : l'immunodépression fragilise les systèmes défensifs et accroît la vulnérabilité tant des patients que des soignants, la part d'entre eux porteurs du virus étant équivalente à celle recensée dans la population jeune et urbaine. La commande porte d'abord sur l'action attendue (réduire les risques) mais elle comprend aussi une visée de recherche : identifier les freins et ressources au développement de pratiques préventives en milieu de soin. L'équipe constituée pour conduire ce travail est pluridisciplinaire (épidémiologistes et psychosociologues) et comprend aussi des praticiens de l'hôpital. Deux perspectives sont dégagées : une analyse des représentations des risques et de l'interdépendance entre représentations et pratiques préventives, un projet d'action concrétisé dans des dispositions techniques et organisationnelles mais aussi dans un travail d'analyse susceptible de transformer les représentations et activités. La prévention n'est pas conçue ici comme un ensemble de prescriptions opératoires à appliquer ou faire appliquer. Il s'agit plutôt de permettre aux acteurs de l'hôpital d'utiliser et optimiser leurs ressources propres (connaissances, techniques, modalités de coopération…) Aussi, leur implication dans le processus est essentielle. Et le dispositif à créer doit la stimuler et faire émerger un savoir qui n'est pas du côté des intervenants mais des praticiens ; ce dispositif introduit à des relations nouvelles entre les uns et les autres dans la mesure où les professionnels sont à la fois sujets et objets de la recherche ; ce dispositif enfin crée une situation en décalage à l'intérieur du cadre habituel de travail ; il sollicite le développement d'une réflexivité susceptible d'interroger les conduites d'adaptation aux situations de travail pour progresser vers des conduites de projet et de changement.
On peut succinctement repérer les différentes phases de cette recherche action:
- installer la coopération indispensable à ce travail et ce à tous les niveaux de l'organisation. Des structures collaboratives ont étés installées : groupe pilote de la R-A (intervenants-chercheurs, commanditaires, représentants du Comité médical, du collège infirmier, surveillante générale de l'hôpital), comité hygiène et prévention (direction de l'hôpital, chefs de services et surveillante générale), groupes de volontaires dans chaque service (représentant les différentes catégories professionnelles : médecins, infirmiers, aides soignants et agents

d'entretien).
- engager une démarche de construction collaborative du diagnostic : réalisation d'entretiens individuels et collectifs, passation d'un questionnaire réalisé par les épidémiologistes.
- organiser une assemblée générale du personnel présidée par la direction de l'hôpital durant laquelle les premiers résultats des analyses ont étés présentés en kirundi. Cette étape a été essentielle à l'action : elle a permis l'institutionnalisation de la démarche et a conduit à nombre de décisions en matière d'organisation du travail et de dotation de moyens.

Ces évolutions sensibles ne peuvent pourtant masquer les résistances rencontrées. Elles tiennent pour une part à l'image des intervenants et aux attitudes face aux propositions de coopération ; l'histoire a commencé avant cette RA et ces attitudes s'ancrent dans les expériences antérieures des relations avec des européens. Au-delà du rapport initial colonisateurs-colonisés, la présence de « blancs » à l'hôpital est celle de coopérants apportant de nombreuses ressources (savoir biomédical, moyens techniques et financiers). Lors de nos tentatives d'installation de relations de coopération se reproduisaient ces modèles antérieurs : était attendu de nous que nous apportions le savoir biomédical et les moyens matériels et financiers d'une prévention essentiellement conçue comme hétéro-déterminée.

Comment se dégager de cette position d'expertise ? Il s'agit d'aller au-delà de la construction d'un diagnostic (même collaboratif) de la situation au CHU et d'installer un cadre et un dispositif où les personnels puissent penser collectivement leurs activités pour les transformer. L'objectif est bien le développement de l'expérience individuelle et collective à travers l'activité réflexive des équipes sur leur propre travail et le travail d'organisation réalisé aux différents niveaux de l'institution.

Nous avons vite réalisé les limites des entretiens individuels et collectifs et la nécessité de recourir à l'observation de l'activité. Le discours déconnecté de l'acte ou inversement articulé à celui-ci n'induit pas les mêmes réflexions : les unes sont situées, contextualisées et inscrites dans une dynamique temporelle ; les autres sont plus générales et articulées aux systèmes de représentations au service de la légitimation des pratiques et des systèmes défensifs. En observant les pratiques des soignants et en sollicitant un commentaire sur celles-ci, nous cherchions à favoriser une élaboration autour de l'activité, ses déterminants, ses orientations. Et ce, jusqu'à la confrontation à une difficulté imprévue.

L'observation d'une séquence de travail d'un médecin et ses commentaires sur l'activité en cours se concluent en fin de matinée par la négation radicale du travail réalisé : « *voilà, vous m'avez donc suivi et observé durant la visite des patients hospitalisés dans le service de médecine interne. Vous avez vu les gestes de l'examen clinique à chaque fois répétés, et nous avons échangé sur le travail en cours. Vous avez donc vu que je passais d'une chambre à l'autre sans masque alors que nombre de nos patients sont tuberculeux, que je passais de l'examen d'un patient à l'autre sans me laver les mains, bref que toutes les recommandations usuelles d'hygiène chez vous ne sont pas respectées ici. Non seulement nous n'en n'avons pas les moyens mais nous n'avons pas la même culture : ici, on ne se protège pas des patients et on se porte toujours à leur secours. C'est vrai aussi pour les familles qui viennent assister leurs parents pendant toute la durée de l'hospitalisation. La peur de la transmission, c'est chez vous, pas chez nous. Ici, on trouve qu'il est normal de rester prés de son frère, même si il est contagieux.*»

La neutralisation du regard de l'observateur passe par l'affirmation d'une altérité impuissante à stimuler l'élaboration : elle suspend l'interrogation sur les pratiques et leurs alternatives. Le recours aux pairs et aux collègues s'impose alors pour déverrouiller l'investigation autour du travail et ce par la médiation de l'image.

La visualisation des activités en cours permet de relancer l'investigation autour du travail et ses deux faces : les contraintes, les manques mais aussi l'inventivité permettant de pallier les carences, de prévenir les risques. L'introduction de l'image, ici la photographie, permet de

donner de la visibilité aux pratiques, pour soi, pour les autres professionnels, de se dégager de la cécité psychique produite par les systèmes défensifs individuels et collectifs, de valoriser les innovations et de solliciter le dépassement de la norme pour en instituer de nouvelles, de capitaliser et transmettre les traces de cette métis.
La photographie est un arrêt sur image à un moment. Elle permet de se focaliser sur un geste immobilisé, suspendu de la dynamique temporelle dans lequel il s'inscrit. Celle-ci est à reconstruire en puisant le plus souvent dans la référence à sa propre expérience. Ce qui sollicite la réflexion sur la séquence dans laquelle le geste retenu s'inscrit. Le déplacement du positionnement permis par la méthode est favorisé par l'image comme objet transitionnel n'appartenant ni strictement à la réalité intérieure, ni à la réalité extérieure. La photographie est à fois objet de perception et de projection. Elle sollicite l'interprétation. En cela, elle favorise la liaison entre le monde extérieur perçu et la réalité psychique. « Depuis sa naissance, l'être humain est aux prises avec le problème de la relation entre ce qu'il perçoit avec objectivité et ce qu'il conçoit avec subjectivité. L'aire intermédiaire est une aire dans laquelle le bébé peut se tenir entre la créativité primaire et la perception fondée sur l'épreuve de réalité. » (Winnicott, 1975). L'approche transitionnelle s'inscrit dans cette filiation aux travaux de Winnicott (Amado et Ambrose, 2001). L'image offre l'expérience d'une rencontre avec l'entre-deux, dedans-dehors, passé-futur, une zone intermédiaire où peuvent se développer des activités de recréation entendues ici comme redécouverte, à partir des images de ce qui a été fait, de ce qui pourrait l'être.
L'exploration créative comporte, dans dispositif installé, plusieurs étapes : celles, classiques, de l'auto-confrontation, puis de l'auto-confrontation croisée entre pairs. Mais aussi celle du travail intra-équipe et donc pluri-métiers et enfin, trans-services au sein de l'hôpital. Le décentrage de sa propre inscription professionnelle permet de réaliser l'amont et l'aval de ce que fait chacun, de réaliser l'interdépendance des activités des uns et des autres, de mesurer les effets de sa propre « production » sur l'activité des autres, et notamment en termes de risques. Le cloisonnement des services, comme celui qui préside entre les différentes catégories professionnelles à l'hôpital, est interrogé par cette démarche qui donne de la visibilité au travail et aux conditions de travail des autres. Ce qui ouvre à une autre perception de son activité propre. La restauration d'une approche globale, systémique du travail a été encore permise par l'organisation d'une exposition photos ouverte à tous dans l'hôpital et par les dialogues interprofessionnels engagés dans ce cadre.
Notre méthodologie s'inscrit dans une perspective transitionnelle du changement. Elle intègre à la fois l'analyse de l'activité, le développement de l'activité propre (Tosquelles, 2006), du métier entendu comme répertoire commun de gestes et valeurs, le développement du travail collectif entre catégories professionnelles, et de l'organisation hospitalière. Si, au cœur de la recherche-action se tient l'analyse de l'activité, celle-ci est à entendre aux différents niveaux de l'organisation et entre ces niveaux, ce qui suppose d'intégrer à la démarche une perspective globale impliquant les différents métiers et positionnements hiérarchiques contribuant au travail d'organisation (Mendel, 1996 ; Sarnin et A., 2012 ; Althaus, Grosjean et Brangier, 2013 ; Petit et Dugué, 2013).

Pour conclure, nous soulignons, avec les auteurs du Manifeste présenté par F. Daniellou (2007), que l'intervention est un instrument irremplaçable de la production du savoir, à la condition d'une réévaluation des modèles du travail scientifique dominants dans le monde académique. La promotion de la recherche par l'intervention passe par le développement de la formation à l'intervention : alimentée par des « aller et retour permanents entre l'histoire antérieure des règles de métiers, l'histoire des concepts en jeu, la mise à disposition de modélisations de l'intervention, la découverte par l'apprenant lui-même de l'expérience vécue de l'intervention, et la révision réflexive des modèles à partir de cette expérience. »

Bibliographie :

Althaus V., Grosjean V., Brangier E. (2013). La centration sur le processus du changement : l'apport de l'intervention systémique à l'amélioration du bien-être au travail, *@ctivités*, 10, 1, 127-149, http://www.activites.org/v10n1/v10n1.pdf

Amado G. (2013). L'implication. Dans Barus-Michel J., Enriquez E, Levy A. (s/d)., *Vocabulaire de psychosociologie*. Toulouse, Erès, 384-392.

Amado G., Ambrose A. (2001). *The Transitional Approach to Change*. London & New York: Karnac Books.

Amado G., Lhuilier D. (2012). L'activité au cœur de l'intervention psychosociologique, *Bulletin de psychologie*, 3, 519, 263-276.

Barus-Michel J. (1986). Le chercheur, premier objet de la recherche, *Bulletin de Psychologie*, 377, XXXIX, 801-805.

Ben Slama F. (1986). Le contre-transfert dans la recherche ; de la notion au paradigme, *Bulletin de Psychologie*, 377, XXXIX, 791-797.

Bion W.R. (1961). *Experiences in groups*. London: Tavistock, (Trad. française (2002) Recherches sur les petits groupes, Paris, PUF).

Bloch M. (1949). *Apologie pour l'histoire ou Métier d'historien*. Paris, A. Colin.

Cerf M. (2006). Editorial, *@ctivités*, 3, 1, 3-5.

Daniellou F. (2006). Entre expérimentation réglée et expérience vécue : Les dimensions subjectives de l'activité de l'ergonome en intervention, *@ctivités* 3, 1, 5-18, http://www.activites.org/v3n1/daniellou.pdf.

Daniellou F. (2007). Manifeste, *Education Permanente*, 170, 7- 11.

Deveureux G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris, Flammarion.

Dubost J. (1983). Les critères de la recherche-action, *Pour*, 90, 17-22.

Dubost J. (1984). Une analyse comparée des méthodes dites de R-A, *Connexions*, 43.

Dubost J. (1987). *L'intervention psychosociologique*. Paris, PUF.

Dubost J., Levy A. (2013). Recherche-action et intervention. Dans Barus-Michel, Enriquez, Levy (s/dir) *Vocabulaire de psychosociologie*. Toulouse, Erès, (p. 408-434).

Guienne-Bossavit V. (1994). *Être consultant d'orientation psychosociologique*. Paris, L'Harmattan.

Le Boterf G. (1983). La recherche-action : une nouvelle relation entre les experts et les acteurs sociaux ? *Pour*, 90, 39-47.

Levy A. (1984). La recherche-action et l'utilité sociale, *Connexions*, 43.

Lévy A. (1985). La recherche-action, une nouvelle voie pour les sciences humaines. Dans Boutinet P. (s/d)., *Du discours à l'action, les sciences sociales s'interrogent sur elles-mêmes*, Paris, L'Harmattan, 54-72.

Lévy A. (1997). *Sciences cliniques et organisation sociale*. Paris, PUF.

Lewin K. (1944). Problems of research in social psychology, In Cartwright D. (ed), *Field theory and social science.* New-York Harper, London: Tavistock, 18-34.

Lhuilier D., Ndoricimpa J., Hatungimana V., Rolland D., Larouze B. (2001). Prévention des infections en milieu hospitalier : recherche-action au CHU de Bujumbura-Burundi, *Revue Internationale de Psychosociologie*, VII, 16-17, 121-138.
Lhuilier D., Nyiongabo T., Rolland D. (2005a). *La balade infectieuse. Prévenir le risque nosocomial*. Paris, L'Harmattan.
Lhuilier D., Rolland D. (2005b). Action-Research and Transitional Processes : Risk Prevention in a Hospital in Burundi (p. 175-195). In G.Amado et L. Vansina (Eds.), *The Transitional Approach in Action*, London & New York: Karnac Books.
Lhuilier D. (2011). Développement de la Clinique du travail. Dans Y. Clot et D. Lhuilier (s/dir), *Agir en clinique du travail*. Toulouse, Erès. (p. 205-224).
Lhuilier D., Amado G. (2012). Souffrance au travail et clinique de l'intervention, *Bulletin de Psychologie*, 3, 519, 211-216.
Maisonneuve J. (1965). Un schéma d'intervention psychosociologique brève, *Revue Française de Sociologie*, VI, 191-202.
Mayo E. (1933). *The human problems of an industrial civilization*. New-York: Mac Millan
Mendel G. (1992). *La société n'est pas une famille*. Paris, la Découverte.
Mendel G. (1996). Itinéraire : sociopsychanalyse, intervention institutionnelle, psychosociologie du travail. Dans Y. Clot (s/d)., *Les histoires de la psychologie du travail.* Toulouse, Erès. (p. 183-201).
Moreno J. L. (1934*) Who shall survive ? A New Approach to the Problem of Human Interrelations*, Washington, DC., Nervous and Mental Disease Publishing (Trad. française, (1970) *Fondements de la sociométrie*. Paris, PUF).
Petit J., Dugué, B. (2013). Structurer l'organisation pour développer le pouvoir d'agir : le rôle possible de l'intervention en ergonomie, *@ctivités, 10*, 2, 210-228, http://www.activites.org/v10n2/v10n2.pdf.
Rapoport RN. (1968). Three dilemmas in action-research, *Human Relations*, 23(Trad. française (1973). Les trois dilemmes de la recherche-action, *Connexions*, 7, 115-131).
Sarnin P., Bobillier-Chaumon M.E., Cuvillier B., Grosjean M. (2012). Intervenir sur les souffrances au travail : acteurs et enjeux dans la durée, *Bulletin de Psychologie*, 3, 519, 251-262.
Schwartz Y. (2007). Du « détour théorique » à « l'activité » comme puissance de convocation des savoirs, *Education Permanente*, 170, 13-23.
Teiger C. (2007). De l'irruption de l'intervention dans la recherche en ergonomie, *Education Permanente*, 170, 35-49.
Tosquelles F. (2009). *Le travail thérapeutique en psychiatrie* [1967]. Toulouse, Erès.
Winnicott D.W. (1975). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris, Gallimard.