



HAL
open science

Construction de l'expérience et transformation silencieuse des habitudes d'orientation de l'action : Le cas de l'activité dialogale du médecin du travail

Joris Thievenaz

► **To cite this version:**

Joris Thievenaz. Construction de l'expérience et transformation silencieuse des habitudes d'orientation de l'action : Le cas de l'activité dialogale du médecin du travail. Education. Conservatoire national des arts et métiers - CNAM, 2012. Français. NNT : 2012CNAM0831 . tel-00770981

HAL Id: tel-00770981

<https://theses.hal.science/tel-00770981>

Submitted on 7 Jan 2013

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.

ÉCOLE DOCTORALE ABBE GREGOIRE
CENTRE DE RECHERCHE SUR LA FORMATION

THÈSE DE DOCTORAT

présentée par :

Joris THIEVENAZ

soutenue le : **18 JUIN 2012**

pour obtenir le grade de : **Docteur du Conservatoire National des Arts et Métiers**

Discipline/ Spécialité : Sciences de l'éducation – Formation des adultes

**Construction de l'expérience et
transformation silencieuse des habitudes
d'orientation de l'action**

Le cas de l'activité dialogale du médecin du travail

THÈSE dirigée par :

M. BARBIER Jean-Marie

Professeur des universités, CNAM

RAPPORTEURS :

Mme CHAMPY-REMOUSSENARD Patricia Professeur des universités, Université Lille 3

M. LEMAITRE Denis Professeur des universités, ENSTA Bretagne

JURY :

M. MAYEN Patrick

Professeur des universités, AgroSup Dijon

Mme TOURETTE-TURGIS Catherine

Maître de conférences, UPMC

Mme CLERC Françoise

Professeur des universités, Université Lyon 2
(Membres du comité de direction de thèse)

M. WITORSKI Richard

Professeur des universités, CNAM

« Pas plus que ne le pourrait un être humain, l'expérience ne vit ni ne meurt pour soi. Indépendante du désir et de l'intention, elle continue de vivre dans celles qui suivent. »

J. Dewey, *Expérience et éducation* (1938)

Remerciements

Mes remerciements s'adressent en premier lieu à mon directeur de thèse, Jean-Marie Barbier, pour son accompagnement, son soutien et sa bienveillante vigilance tout au long de mon parcours. Je le remercie de m'avoir donné le goût de la recherche... et de l'enquête.

Je tiens également à remercier Patrick Mayen pour ses précieux conseils et pour m'avoir patiemment donné les clefs de l'analyse rigoureuse et « systématique » du travail du langage et de l'expérience.

Je suis reconnaissant à Catherine Tourette-Turgis pour son écoute attentive et son ouverture vers un nouveau champ des possibles.

Ce travail n'aurait pu voir le jour sans la confiance de Françoise Clerc qui fut présente au commencement et m'a ouvert les portes d'un monde insoupçonné, ainsi que sans les relectures rigoureuses et éclairées de Marie-Claire Dauvisis, pour la mise en forme définitive.

Je tiens également à remercier les médecins du travail auprès de qui j'ai réalisé cette étude, qui ont accepté de me donner de leur temps et de m'accorder leur confiance, ainsi que les salariés qu'ils ont reçus en consultation.

Enfin, je tiens à remercier ceux, sans qui rien n'aurait été possible. Ils se reconnaîtront, car ils m'entourent au quotidien de leur affection et de leur amitié, tout au long du travail de la vie.

A Céline, pour son attachement à l'essentiel.

Résumé

À travers une entrée par l'activité, cette recherche se donne pour objet la compréhension des processus à travers lesquels le sujet construit son expérience en réélaborant ses « habitudes d'activités ». L'analyse de l'activité de plusieurs médecins du travail lors de consultations avec les salariés des entreprises dont ils assurent le suivi, nous permet de réaliser l'hypothèse selon laquelle le dialogue qui s'y déroule constitue pour ces acteurs un moyen privilégié de conduire leur action de prévention, mais également d'apprendre au contact d'autrui. En mobilisant la théorie de « l'enquête » de J. Dewey, nous montrons comment ces médecins sont susceptibles de transformer les habitudes qui orientent leur action, lorsqu'ils sont confrontés à une situation insuffisamment déterminée. Nous pensons que ces transformations qui se réalisent dans et par l'action, constituent au fil du temps, une des voies privilégiées du « travail de l'expérience » du sujet en situation professionnelle.

Mots-clés : Activité, Expérience, Apprentissage, Enquête, Habitudes d'activités

Résumé en anglais

By focusing on the activity, this research aims to understand the process through which the subject constructs his experience by re-developing his “activity habits”. By analyzing the activities of a number of occupational health physicians during their consultations with patients (who are business employees), we may hypothesize that the dialogue which unfolds between the physicians and the patients is a means for physicians to take preventative action and to connect with others. By mobilising J. Dewey’s theory of the “inquiry”, we show how these physicians may transform the habits that orient their action when they are confronted with a situation that is insufficiently determined. We think that these transformations take place in and through actions, constituting over time, a privileged means of experiencing his own activities in professional situations.

Keywords : Activity, Experience, Learning process, Inquiry, Acting habits

Table des matières

Introduction	11
Chapitre 1 Construire son expérience au contact d'autrui (Les enjeux de la recherche)	14
1.1 Enjeux professionnels : mieux connaître les spécificités des métiers d'intervention sur l'activité d'autrui	14
1.1.1 Faire expérience de l'interaction avec autrui	14
1.1.2 L'expérience déterminante pour le professionnel du dialogue avec le bénéficiaire ou l'utilisateur du dispositif d'intervention	17
1.1.3 Se professionnaliser au contact d'autrui : « enrichir » son expérience lors du dialogue	18
1.2 Enjeux scientifiques et de recherche : l'expérience comme notion emblématique du champ de l'éducation et de la formation	21
1.2.1 L'expérience : une notion quotidienne et « merveilleuse »	21
1.2.2 « L'expérience », comme concept scientifique	22
1.2.3 La constitution de l'expérience, un objet significatif pour la formation des adultes en tant que champ de recherche	23
1.2.4 L'interprétation des modes d'élaboration de l'expérience, un enjeu pour les recherches en sciences humaines	24
Chapitre 2 Le dialogue professionnel comme occasion privilégiée de construction d'expérience (le terrain et la construction de l'objet de recherche)	27
2.1 Le terrain de la médecine du travail	27
2.1.1 Le choix du terrain et le mode d'approche	27
2.1.2 L'activité du médecin du travail et l'histoire de la constitution du champ	29
2.2 L'expérience du métier vécue par ses acteurs	35
2.2.1 Une activité professionnelle dévalorisée au sein du champ de la santé	35
2.2.2 Le choix d'un métier parfois vécu par défaut	36
2.2.3 Une formation considérée comme « insuffisante »	38
2.2.4 Une organisation du travail vécue de façon paradoxale	39
2.2.5 Un médecin qui se vit comme « non soignant »	40
2.2.6 Des relations professionnelles perçues de façon « hostile »	41
2.3 L'activité dialogale avec le salarié, un moyen privilégié pour le médecin d'agir et de construire son expérience	43

2.3.1	La consultation médicale un lieu laissé et/ou désigné aux médecins du travail	43
2.3.2	Le dialogue avec le salarié, un moyen privilégié de l'action préventive	44
2.3.3	Un espace protégé pour le salarié et protecteur pour le médecin.....	45
2.3.4	Un espace de travail qui constitue le cœur de l'activité du médecin	45
2.4	L'activité dialogale avec le salarié, une occasion pour le médecin de réélaborer son expérience.....	47
2.4.1	Un espace et des modalités de constitution de l'expérience qui restent à identifier.....	47
2.4.2	La transformation des habitudes qui « orientent » l'action du médecin du travail comme objet de recherche.....	48
Chapitre 3 Singularisation de l'enquête et transformation des habitudes d'orientation de l'action (Les options épistémologiques et théoriques de la recherche).....		52
3.1	S'inscrire dans une démarche d'intelligibilité pour rendre compte des cadres de pensée et de verbalisation des acteurs	52
3.1.1	Distinguer langage de l'action et langage d'intelligibilité pour rendre compte des processus de construction de sens du sujet.....	52
3.1.2	Constater les mécanismes de migration entre ces deux types de lexiques.....	53
3.1.3	Mobiliser un vocabulaire permettant une prise de distance vis-à-vis des cadres habituels de pensée.....	54
3.2	Une approche clinique des processus d'élaboration de l'expérience	56
3.2.1	Rendre compte de l'expérience de l'acteur à travers une approche centrée sur l'activité et la construction des sujets dans l'activité	58
3.2.2	Une approche située de l'expérience à travers l'analyse des activités réelles et singulières du sujet	59
3.2.3	Approcher la constitution de l'expérience en analysant la construction conjointe de l'activité et du sujet dans cette activité.....	61
3.2.4	Appréhender la réélaboration de l'expérience à travers une théorie de l'émergence et des fonctions de l'activité du sujet	63
3.3	Les options de la recherche : un double appui théorique	63
3.3.1	Un premier appui : la théorie de l'enquête selon Dewey	65
3.3.2	Un second appui : les représentations pour l'action et le concept d' « orientation »	77
3.3.3	Leur opérationnalisation : un cadre théorique doublement référencé	83
Chapitre 4 Observer et analyser le dialogue comme support de « l'enquête » du médecin du travail (Le cadre méthodologique et la conduite de la recherche)		89

4.1 Les options méthodologiques	89
4.1.1 Un appui sur les méthodes et les principes de l'analyse du travail	89
4.1.2 Un intérêt particulier pour l'activité dialogale du sujet.....	91
4.1.3 L'analyse de l'activité dialogale selon les principes de l'analyse du travail	92
4.2 La conduite de la recherche.....	93
4.2.1 Le travail documentaire et l'étude des documents prescripteurs	93
4.2.2 Les entretiens exploratoires et la construction de l'objet de recherche.....	96
4.2.3 Le recueil de l'activité dialogale lors de la consultation et le retour sur cette activité	101
4.3 Approches et méthodes d'analyse des matériaux.....	107
4.3.1 Une approche interactionniste du langage	107
4.3.2 Une approche empirique et inductive.....	107
4.3.3 L'analyse du contenu des échanges du dialogue comme moyen d'inférence des activités mentales du médecin du travail à l'occasion de son activité dialogale.....	108
4.3.4 Modalités concrètes de traitement des matériaux	109
Chapitre 5 Dialogue, enquête et enquête dans l'enquête (Les résultats de la recherche)	122
5.1 La rencontre dialogale avec le salarié : une expérience significative dans l'activité du médecin	122
5.1.1 Un lieu de parole faisant l'objet d'une forte valorisation par les praticiens.....	122
5.1.2 Le dialogue comme principal moyen pour conduire l'action de prévention : quand <i>faire c'est dire</i>	123
5.2 L'organisation de l'activité dialogale du médecin du travail.....	124
5.2.1 Le <i>script</i> de la conversation médicale du travail : le dialogue comme rituel social institutionnalisé	124
5.2.2 L'action du médecin du travail se réalise à travers une combinaison d'unités dialogales.....	125
5.3 L'organisation de l'enquête « générale » du médecin du travail : accéder à l'expérience d'autrui	132
5.3.1 Le passage d'une situation « insuffisamment » déterminée à une situation « suffisamment » déterminée de la situation professionnelle du salarié.....	132
5.3.2 La détermination des risques potentiels pour le salarié liés au travail du salarié..	133
5.3.3 Les rapports entretenus entre les unités dialogales et les composantes de l'enquête du médecin	134
5.3.4 Une démarche itérative.....	138

5.4 La singularisation de l'enquête du médecin du travail : l'ouverture d'une enquête <i>dans</i> l'enquête	140
5.4.1 L'ouverture d'une enquête <i>singulière</i> dans l'enquête <i>générale</i> pour déterminer un espace inconnu du vécu d'autrui	140
5.4.2 Faire expérience de l'étonnement : le rôle des affects dans le processus de <i>singularisation</i> de l'enquête	143
5.5 Habitudes d'orientation de l'action de prévention et organisation de la démarche d'enquête du médecin du travail	145
5.5.1 Le rôle des habitudes dans l'orientation de l'action de prévention du médecin ...	145
5.5.2 Les éléments constitutifs de l'habitude d'orientation de l'action de prévention...	147
5.5.3 Le rôle des habitudes d'orientation dans l'activité d'enquête.....	148
5.6 La transformation des habitudes d'orientation de l'action de prévention du médecin du travail.....	152
5.6.1 Singularisation de l'enquête du médecin du travail et transformation des habitudes d'orientation de son action	153
5.6.2 La transformation comme <i>spécification</i> de l'habitude d'orientation : « en savoir plus sur... »	155
5.6.3 La transformation comme <i>inclusion</i> d'une nouvelle composante dans l'habitude d'orientation : « faire le lien avec ».....	167
5.6.4 La transformation comme <i>révision</i> des composantes de l'habitude d'orientation : « changer de point de vue sur... ».....	174
Chapitre 6 Transformation des habitudes d'orientation et formation (La mise en perspective des résultats de la recherche).....	184
6.1 Le rôle des habitudes dans l'organisation de l'expérience.....	185
6.2 L'activité dialogale comme espace potentiel de réélaboration de l'expérience.....	187
6.2.1 Le dialogue avec le salarié comme univers « qualitatif » de l'expérience du médecin travail	187
6.2.2 L'espace dialogal comme situation porteuse de développement : le rôle d'autrui dans la formation de soi	188
6.3 L'activité d'enquête comme occasion de constitution de l'expérience.....	191
6.3.1 Le processus de singularisation de l'enquête comme activité de « problématisation »	191
6.3.2 Le rôle des affects dans l'ouverture d'une enquête dans l'enquête.....	193
6.3.3 Le processus d'enquête comme voie de développement professionnel	195

6.4 La transformation des habitudes d'orientation de l'action comme « repère » du développement de l'expérience	197
6.4.1 La réélaboration de l'expérience du point de vue des apprentissages dans et par l'activité.....	197
6.4.2 Une transformation « silencieuse » des habitudes d'orientation, mais néanmoins déterminante du point de vue de la constitution de l'expérience du sujet.....	202
Conclusion.....	208
Bibliographie.....	214

Introduction

Les espaces quotidiens de l'activité professionnelle offrent de multiples occasions de construction ou de développement de l'expérience des acteurs. L'espace professionnel, orienté vers une intention de production de biens et/ou de services peut, sous certaines conditions, constituer un lieu où se réalise un ensemble d'apprentissages, sans la présence d'aucune intention formative. Le travail, du fait même de sa réalisation ou de son « exercice », constitue en ce sens une opportunité de réélaboration de l'expérience, dans la mesure où il représente une occasion de survenance de nouvelles habitudes d'activités. Les phénomènes d'apprentissage ne sont dès lors plus l'exclusivité des espaces intentionnellement aménagés pour la formation, mais aussi ceux que les acteurs réalisent durant leur activité professionnelle, lorsque pour les besoins de celle-ci, ils sont appelés à « *transformer leurs habitudes d'activités* » (Barbier, 2012, p. 15), qu'elles soient opératoires, discursives ou « d'orientation de l'action » comme nous le verrons dans cette recherche.

L'intelligibilité des processus à travers lesquels un acteur en situation professionnelle est amené à enrichir son expérience constitue un objet significatif de la formation des adultes en tant que champ de recherche. Nous pensons que l'analyse du « travail de l'expérience¹ » (Barbier, Thievenaz, 2012 à paraître) représente en effet un point d'articulation entre enjeux professionnels et enjeux scientifiques, dans la mesure où cette analyse permet une meilleure connaissance des modes de construction des apprentissages du sujet à l'occasion de son activité. Le travail de l'expérience apparaît comme une façon heuristique d'approcher les rapports entre la construction des activités et la construction des sujets à l'occasion de celles-ci.

Les démarches de recherche dans le champ de la formation des adultes sont directement concernées par les conditions dans lesquelles un professionnel est appelé à transformer ses habitudes d'activités pour les besoins de son action. Il s'agit de parvenir à repérer dans les situations de travail, des formes invariantes de leur réélaboration et de leurs développements, et de comprendre dans quelle mesure : « *certaines conditions de développement composent des configurations inédites, configurations de situations, configuration d'activités adaptatives des sujets, inventions pour trouver des solutions* » (Mayen, 2001, p. 45).

1 Collectif « Le travail de l'expérience » Crf-Cnam, 2012

La question reste alors posée de comprendre comment un professionnel, réélabore ou développe son expérience à l'occasion des situations professionnelles qu'il rencontre. Il s'agit de parvenir à une meilleure connaissance de la manière dont les « cadres de pensée » ou les « *cadres de l'expérience* » (Goffman, 1991) se réélaborent de façon continue au fil de l'activité professionnelle et en dehors de toute intention de formation.

L'objectif de ce travail est précisément d'analyser les situations concrètes au sein desquelles un professionnel est amené à réinterroger les modèles qui guident ou orientent son action pour s'en créer de nouveaux et ainsi de développer son pouvoir d'agir. Nous avons conduit, dans cet objectif, un dispositif d'analyse de l'activité de médecins du travail exerçant au sein de services de santé au travail. Ce terrain de recherche s'avère en effet particulièrement intéressant, dans la mesure où la construction de l'expérience de ces acteurs est au cœur de leurs enjeux professionnels. La question du développement de l'expérience de ces médecins tout au long de leur vie professionnelle apparaît cruciale, autant pour les acteurs eux-mêmes que pour les bénéficiaires de leur action de prévention. Nous avons attaché une attention particulière à l'analyse du travail de ces médecins lors du dialogue professionnel qu'ils conduisent avec les salariés, et à l'analyse des phénomènes de réajustement ou de transformations qu'ils opèrent vis-à-vis des habitudes qui orientent leur action préventive.

Nous pensons en effet qu'une des façons d'approcher les phénomènes liés à la construction de l'expérience de ces médecins consiste à centrer l'analyse sur les transformations des « habitudes d'activités » de l'acteur à l'occasion de leur engagement dans une activité « d'enquête ». Ces deux notions ne seront pas ici entendues dans leur usage courant, mais au regard de celle donnée par J. Dewey (1938 trad.2006) au sein de sa « *théorie de l'enquête* ».

Chapitre 1 Construire son expérience au contact d'autrui

(Les enjeux de la recherche)

Les professionnels des métiers de l'intervention (éducation, soin, accompagnement...) ont en commun d'organiser leur action autour d'une intention d'influence sur l'activité d'une ou plusieurs autres personnes (élève, apprenti, malade...). Il arrive cependant qu'au cours de leur intervention, leurs habitudes d'activité subissent un ensemble de transformations. Nous pensons que ces modifications participent au développement et à l'enrichissement de l'expérience de ces acteurs. Le processus de construction de l'expérience constitue un enjeu central, autant pour les champs d'activités professionnelles que pour les démarches de recherche dans la mesure où : « *elle constitue une sorte de point de convergence de la plupart des problèmes qui se posent à la formation des adultes et à la formation professionnelle* ». (Mayen 2009, p. 764). Nous pensons que la thématique de l'expérience constitue dès lors un point d'articulation entre enjeux professionnels et enjeux scientifiques : parvenir à une meilleure compréhension des modes de construction des apprentissages en situation professionnelle et penser leur amélioration.

1.1 Enjeux professionnels : mieux connaître les spécificités des métiers d'intervention sur l'activité d'autrui

1.1.1 Faire expérience de l'interaction avec autrui

Bon nombre d'activités professionnelles ont pour intention spécifique d'agir, « pour », « sur » et « avec » un autre. Les métiers du soin, de l'accompagnement, et bien sûr l'éducation et la formation, constituent des exemples particulièrement représentatifs de ces activités relevant de ce que nous nommons « métiers de l'intervention », dans la mesure où elles sont organisées autour de l'intention explicite de susciter des modifications de l'activité d'autres individus (leurs connaissances, leurs routines d'activité, leur rapport avec leur santé, etc.). Les métiers de l'intervention s'appuient pour cela, sur un ensemble de « dispositifs d'intervention » qui, d'une façon générale, intègrent l'ensemble des lieux de vies : « *où des*

personnes vont ou sont envoyées pour recevoir une aide ou subir une intervention (...) et des relations dans le cadre d'une fonction officiellement définie : en va ainsi de la salle de classe, de la clinique, la salle d'opération, le confessionnal et la morgue » (Hugues, 1956, p. 62). Les métiers de l'intervention représentent une forme particulière de travail, qui ne peut être analysée à partir des critères classiques de production puisque leur effet ne prend pas la forme d'un objet matériel, mais plutôt d'un corpus de connaissances : le corps ou le bien-être d'un individu, etc. L'objet de l'intervention présente donc une différence avec celui de l'artisanat ou de l'industrie, car il est avant tout : *« l'objet du client, son objet d'usage, son objet de vie, tout particulièrement quand il s'agit de son corps, de son espace de vie, de ses outils quotidiens, de ses droits »* (Mayen, 2007, p. 60). Les activités d'intervention agissent en réalité sur l'activité de l'utilisateur (les rapports qu'il entretient avec son savoir, son activité professionnelle, son bien-être, etc.). Le concept d'utilisateur ou de bénéficiaire de l'intervention s'avère plus complexe qu'il n'y paraît, dans la mesure où il ne se résume pas forcément à l'individu lui-même, mais peut également intégrer un ensemble d'autres sujets, en tant que clientèle ou autres acteurs d'intervention.

Même s'il ne s'agit pas ici de tracer des frontières objectives stables, entre ce type d'activités professionnelles et les autres, nous pouvons néanmoins repérer succinctement ce qui constitue leurs spécificités : le caractère co-construit de l'activité, sa dimension socialement située, l'inégalité des moyens convoqués et enfin, la consubstantialité des dimensions affectives et cognitives dans le travail.

L'activité d'intervention sur autrui présuppose tout d'abord une co-production de l'activité. À la différence des situations professionnelles consistant à agir à l'aide ou en direction d'une machine ou d'un instrument technique, la production d'un service à la personne nécessite obligatoirement la mise en place d'une co-élaboration et d'une co-production de l'objet de travail. L'intervention implique non seulement de résoudre un problème ou une difficulté que rencontre l'utilisateur dans son activité, mais souvent également d'élaborer mutuellement une solution. Le client ou le bénéficiaire de l'intervention est ainsi continuellement actif dans la mesure où : *« il contribue à la construction de l'offre et du produit ainsi qu'à l'évaluation de la performance en interaction avec le professionnel »* (Falzon, Cerf, 2005, p. 44). Si l'on attend de l'utilisateur qu'il participe pleinement à l'élaboration de l'action, il s'agit en même temps pour le professionnel, de parvenir à construire un compromis entre des résultats attendus et valorisés socialement et les attentes réelles du sujet (formalisées ou non).

Toutefois, la co-production de l'intervention et le rôle déterminant de l'utilisateur dans la construction de l'action ne suppriment pas pour autant la différence de statut au sein de celle-ci. Car un des protagonistes agit en tant que « professionnel » (reconnu comme sachant et disposant d'un pouvoir qui lui est dévolu) et l'autre fréquente ce dispositif car il considère (où l'on considère pour lui) qu'il doit bénéficier de cette intervention car : « *il se trouve dans une situation dans laquelle il a besoin d'un professionnel pour rendre le service et faire ce qu'il ne peut ou ne veut pas faire sans lui* » (Mayen, 2007, p. 58). Ce rapport foncièrement déséquilibré est amplifié, lorsque l'utilisateur est en situation de dépendance d'une ou plusieurs autres personnes et/ou institutions du fait d'une perturbation plus ou moins importante de son activité, de la survenance d'un accident, de la diminution de son pouvoir d'agir, etc. Ce rapport asymétrique est également lié au fait que la détention des moyens de production du service, qu'ils soient cognitifs, physiques, matériels ou symboliques, n'est pas la même selon la place que l'on occupe dans l'interaction. Ces situations professionnelles qui mettent en présence un professionnel et un non-professionnel (vis-à-vis des compétences singulières qui sont attendues) demeurent enfin déséquilibrées du fait du statut qui est attribué au professionnel qui : « *reste l'acteur d'une organisation dont il est en général le salarié* » (Falzon, Cerf, 2005, p. 42).

Ensuite, il nous semble opportun d'observer que l'intervention se réalise dans un cadre institutionnel qui influence le cœur même de la relation de service. L'organisation dans laquelle s'effectue l'acte d'intervention impose un certain nombre de contraintes (temps, moyen, ce qui est autorisé ou non) qui vont influencer et parfois même déterminer les interactions qui s'y déroulent. La « rencontre de service » est toujours marquée par les aspects environnementaux au sein desquels elle se réalise et qui nécessitent, entre autres, que les différents acteurs en présence acceptent de jouer le rôle que l'organisation attend d'elle.

Les situations de travail relevant des métiers de l'intervention ont également pour caractéristique, de mettre en présence au moins deux individualités singulières et irréductibles. L'expérience du face à face avec le client ou l'utilisateur n'est pas neutre pour le professionnel qui conduit l'action, dans la mesure où elle met en jeu des processus d'interaction à la fois cognitifs, mais également affectifs. L'activité d'intervention sur l'activité d'autrui est ainsi toujours corrélée à la rencontre d'un autre sujet qui possède ses propres manières d'agir et de penser dont le professionnel doit tenir compte. La rencontre avec l'utilisateur ou le bénéficiaire de l'action de prévention se révèle toujours en ce sens une expérience de « *partage du sensible* » (Laplantine, 2005, p. 11) où les praticiens dans leur activité quotidienne font toujours l'expérience du vécu singulier d'autrui.

Enfin, la complexité des activités visant à intervenir sur autrui et/ou sur son activité, tient au fait que la situation de travail, loin de répondre au modèle classique de l'activité homme-machine, est marquée par la grande variabilité de son régime de fonctionnement et par son caractère évolutif. Les situations d'intervention évoluent au fur et à mesure de l'interaction de service, car comme dans toutes interactions humaines, chaque sujet « *agit et réagit selon ses propres motifs et buts, sa compréhension de la situation, son investissement, sa relation à son interlocuteur, au cadre et à l'objet de l'interaction* ». (Mayen, 2007, p. 53).

À travers l'identification des différentes propriétés des activités professionnelles relevant de l'intervention, nous observons que celles-ci ont en commun de mettre au cœur de l'activité de ces professionnels l'expérience de la rencontre de l'autre et la situation d'interaction à travers laquelle elle se réalise. La conduite de l'action paraît conditionnée par la mise en place de dispositifs et d'outils permettant l'émergence du dialogue avec le client, le bénéficiaire ou l'utilisateur du dispositif.

1.1.2 L'expérience déterminante pour le professionnel du dialogue avec le bénéficiaire ou l'utilisateur du dispositif d'intervention

Les professionnels qui évoluent au sein des métiers de l'intervention ont en commun une démarche de compréhension du vécu et de l'expérience d'autrui, qu'elle soit relative à leur corps, aux rapports que l'utilisateur entretient avec son quotidien, son activité professionnelle, etc. Cette compréhension est en effet la voie privilégiée pour comprendre la manière d'opérer des usagers ou destinataires de l'intervention. Toute activité d'intervention sur autrui doit au préalable pouvoir resituer la manière dont il se représente son environnement ou les actions qu'il met en œuvre au sein de celui-ci. La situation d'interaction avec autrui se situe au cœur de l'acte d'intervention et représente toujours un lieu de parole où le rôle du dialogue est déterminant et constitutif de l'activité. Les jeux de langage occupent, dans les métiers de l'intervention, une place tout à fait centrale autant de façon quantitative que qualitative, puisque la grande partie du travail consiste à échanger. Cette observation incite dès lors à reconsidérer le rôle et la place habituellement accordée à l'expression orale en situation de production.

L'activité dialogale² ne peut dès lors être seulement entrevue selon une dimension « accompagnatrice » ou « facilitatrice » du travail, mais plutôt comme le travail lui-même dans la mesure où elle constitue : « *en elle même l'essentiel de la tâche* » (Lacoste, 1995, p. 23).

Le dialogue constitue, le principal moyen à travers lequel le professionnel tente d'accéder à l'expérience de l'utilisateur et une occasion pour ce dernier de parvenir à mettre en mots les difficultés qu'il rencontre dans son travail, dans l'usage de son propre corps, etc.

Si l'activité dialogale joue un rôle déterminant l'action d'intervention, l'un des enjeux pour les professionnels qui la conduisent est de parvenir à mieux comprendre les activités de construction de sens qui l'accompagnent. L'usage de l'interaction en situation professionnelle remplit plusieurs fonctions dans l'activité de l'opérateur, à la fois comme moyen de son activité productive, mais également comme occasion d'apprentissage et de production de connaissances dans sa dimension « constructive », c'est-à-dire orientée vers : « *l'accroissement, le maintien, la reconfiguration des ressources du sujet pour l'activité productive à venir* ». (Rabardel, 2005, p. 254). L'une des difficultés, eu égard au rôle central détenu par les interactions langagières en situation d'intervention, résulte du fait que celles-ci accompagnent ou favorisent un ensemble de processus expérientiels chez le sujet, qui dépassent la dimension purement observable de son travail.

1.1.3 Se professionnaliser au contact d'autrui : « enrichir » son expérience lors du dialogue

La situation d'interaction avec le bénéficiaire ou l'utilisateur de l'intervention constitue ainsi un enjeu particulièrement prégnant pour les professionnels, dans la mesure où elle constitue le

² Nous employons dans ce travail les notions de « dialogue » et « d'activité dialogale » pour désigner les échanges entre deux sujets à tour de rôle (notamment, dans cette recherche, entre le médecin du travail et le salarié durant la consultation médicale du travail). Le vocable « dialogal » sera en effet préféré à celui de « dialogique » dans la mesure où nous souhaitons rendre compte plus particulièrement des processus ayant trait « *à l'interaction dialogale, qui tient à ce que deux locuteurs partagent un même élément : le fil du discours, du dire, de l'interaction* » (Bres, 2005, p. 55). Afin d'éviter tout glissement polysémique, nous ne mobiliserons pas le vocable « dialogique » qui relève d'un autre corpus théorique que le nôtre (Bakhtine, 1929, 1970), et qui, dans une perspective différente, renvoie à « *l'interaction dialogique* » c'est à dire : « *la problématique de l'orientation de l'énoncé vers d'autres énoncés (tel que) le dialogue interne* » (ibid., p. 55-56).

principal moyen pour atteindre leur(s) but(s), mais également une occasion privilégiée d'enrichir leur expérience au contact de l'autre.

La rencontre avec autrui est dès lors susceptible de réciprocité dans ses effets transformatifs dans la mesure où : « *le répertoire de compétences techniques y serait toujours profondément réélabore pour l'action au sein des transactions avec les clients ou usagers* » (Mayen, 2007, p. 61). Par exemple, on constate que si l'intervention éducative ou formative d'un professionnel se donne pour intention de susciter la survenance d'apprentissage chez une ou plusieurs autres personnes, elle peut également, pour cet intervenant, représenter en retour une occasion de développement et de son expérience d'enseignant ou de formateur. On parle alors habituellement d'apprentissages « croisés » ou « réciproques », pouvant survenir lorsque le professionnel dans le cours de son action peut apprendre au contact des autres, et qu'ainsi : « *en enseignant, en formant ou en accompagnant le développement de compétences, l'enseignant, le formateur ou le coach se transforment comme se transforme l'élève, l'apprenant* » (Barbier, 2001, p. 311). L'activité dialogale lors de l'intervention est, en ce sens, une double occasion pour les professionnels : réalisation de la tâche et développement de l'expérience.

Ces formes de coopérations langagières en situation professionnelle peuvent s'entrevoir comme une des voies de professionnalisation des acteurs qu'il est possible de définir comme une « *logique de l'action* » (Wittorski, 2005, 2007). Nous pensons que la compréhension des propriétés formatives de la rencontre dialogale avec autrui constitue un enjeu socio-professionnel particulièrement significatif dans la mesure où : « *ces ajustements progressifs sans que l'acteur ne s'en aperçoive réellement, conduisent à produire des « routines » qui deviennent très attachées aux situations qui suscitent leur recours ou leur développement* ». (Wittorski, 2005, p. 82). Lorsque les professionnels de l'intervention tentent de s'ajuster à la singularité du cas à traiter qui se présente à eux et qu'ils sont amenés pour cela à opérer un « déplacement du regard » ou à « changer de point de vue sur... » ; il en résulte une potentielle réélaboration des « *compétences incorporées* » (Leplat, 1997) qui guident leur action.

L'intervention sur l'activité d'autrui est toujours une action marquée par sa singularité et qui nécessite, de ce fait la mise en place par l'intervenant, de nouveaux modes de raisonnement et d'innovation « au fil de l'eau ». Dans le langage courant, ces nouvelles formes d'activités sont parfois définies comme du « bricolage » ou de « l'intuition », mais celles-ci se révèlent beaucoup plus constituantes qu'il n'y paraît du point de vue du continuum de l'expérience du sujet. Ce sont ces ajustements aux besoins de la situation, qui participent à l'élaboration de

l'expertise d'un acteur et qui lui confèrent progressivement le statut de spécialiste et de professionnel dans son domaine d'intervention. Les intervenants ne sont en effet pas uniquement en interaction avec un usager ou un problème type, mais parfois confrontés à des situations inattendues qui les obligent à réévaluer la situation ou l'objectif poursuivi et qui, pour cette raison, leur fait dire qu'ils « *apprennent tous les jours dans leur travail* ». L'opérateur n'a en effet pas la garantie de disposer d'un modèle suffisamment adapté de son interlocuteur et des rapports que celui-ci entretient avec son activité. Le travail de coopération consiste d'ailleurs bien souvent à construire progressivement, dans le cours de l'action, de nouveaux modèles opératoires en observant « *l'utilisation de l'interaction pour construire un modèle de connaissance de l'autre* » (Falzon, Cerf, 2005, p. 57). L'expérience de l'interaction avec autrui, bien que finalisée par des enjeux de production d'un service, peut sous certaines conditions, offrir une occasion de transformation et de modification des représentations qui orientent l'action de l'intervenant. En cette occasion privilégiée de développement professionnel en situation de travail « *le répertoire de compétences techniques [y] serait toujours profondément réélaboré pour l'action au sein des transactions avec les clients ou usagers* » (Mayen, 2005, p. 63).

Nous pensons qu'un enjeu significatif pour les professionnels de l'intervention se situe dans la compréhension des situations d'interactions professionnelles quotidiennes qui peuvent conduire à des réorganisations des cadres de pensée. La coopération langagière contient potentiellement les ingrédients nécessaires à l'enrichissement de l'expérience du professionnel, dans la mesure où l'on observe, lors de la construction d'une représentation des besoins de l'utilisateur, un processus de « *pragmatisation des connaissances techniques et expérientielles pour la situation à traiter* » (Boucheix, 2005, p.100). Mais les processus et les différentes formes de transformation de l'expérience représentent aussi une thématique centrale pour la démarche scientifique. Le repérage des mécanismes et des espaces de transformation des habitudes d'activité (autant opératoires, que discursives et mentales) est, comme nous allons le voir, un objet central pour les recherches se donnant pour but la compréhension des processus relevant de la construction de l'expérience en situation professionnelle.

1.2 Enjeux scientifiques et de recherche : l'expérience comme notion emblématique du champ de l'éducation et de la formation

La notion d'expérience, est selon nous, représentative des cultures d'action de l'éducation et de la formation qui sont marquées par l'intention dominante de favoriser chez le sujet la survenance d'apprentissages et de transformations d'habitudes d'activité. Mais, sans doute, du fait de son apparente familiarité, les processus de son élaboration sont beaucoup moins facilement identifiables qu'il n'y paraît de prime abord. Leur modélisation constitue un réel enjeu scientifique pour la recherche.

1.2.1 L'expérience : une notion quotidienne et « merveilleuse »

Dans son usage courant, la notion d'expérience renvoie tantôt à l'idée d'un capital dont l'acteur serait détenteur (avoir de l'expérience) ou qui lui faudrait acquérir (se forger une expérience), tantôt à l'idée d'un vécu en cours, apprécié sous son aspect qualitatif et/ou significatif (faire une expérience). Cette notion fait l'objet d'une forte reconnaissance et d'une importante valorisation sociale pour les acteurs qui la mobilisent.

Elle paraît d'ailleurs le plus souvent connotée positivement. Elle détient toutes les caractéristiques d'un « *lexique pour l'action* » (Barbier, 2000, p. 93) ou d'une « *théorie spontanée* » (Bourdieu, 2005, p. 7). De même que d'autres notions comme celle de « compétence » ou, plus récemment de « pouvoir d'agir », l'expérience connaît un véritable engouement, particulièrement observable dans la littérature professionnelle. Les nouvelles formes d'organisation du travail et de formation, ainsi que les paradigmes actuels de pensée centrés sur le sujet laissent à penser que : « *c'est la société tout entière qui est concernée par la nécessité de faire savoir l'expérience attestée en compétences dans les situations* » (Champy-Remoussenard, 2008, p. 59) professionnelles. Les dispositifs de professionnalisation ont, par exemple, pour intention de proposer de nouvelles formes d'acquisition et de développement de l'expérience professionnelle en situation de travail. Mais l'engouement pour cette thématique n'en fait pas pour autant une question nouvelle. L'expérience s'avère en réalité un concept classique des Sciences sociales.

1.2.2 « L'expérience », comme concept scientifique

L'expérience en tant que concept est représentative d'un ensemble de cultures scientifiques relevant pour la plupart des Sciences de l'Homme. Ce concept est d'ailleurs traditionnellement mis en travail notamment par la philosophie pragmatique américaine (Dewey, 1938, James, 2007 pour la traduction française) ainsi que par le courant phénoménologique (Merleau-Ponty, 1979, Schütz, 2007 pour la traduction française). Elle renvoie dans la tradition allemande tantôt au concept d'« *Erlebnis* » pour désigner l'expérience en tant que vécu et l'éprouvé et tantôt à celui d'« *Erfahrung* » en tant que prise de conscience de ce vécu. La philosophie de l'action et la tradition herméneutique (Ricœur, 1983, Gadamer, 1996) en font d'ailleurs la pierre angulaire de leurs travaux sur l'interprétation des textes en tant qu'action. Les approches également psychologiques relevant du courant historico-culturel (Vygotski, 1997, Bruner, 1983) et privilégiant une vision historisante de l'activité *développementale* des sujets, mettent elles aussi en avant le concept d'expérience, en tant que vécu éprouvé par l'individu, ou encore la conscience de ce vécu en tant qu'expérience sur l'expérience. Les approches psychanalytiques mobilisent par ailleurs, ce concept pour rendre compte de la production du sujet par lui-même et des processus transférentiels (Freud) ou contre-transférentiels (notamment Devereux, 1980). Enfin, les différents travaux relevant de la sociologie interactionniste (Goffman, 1974, Hugues, 1996) ou de l'anthropologie (Laplantine, 1996, 2005) accordent à ce concept la plus grande importance tant pour décrire les conduites propres à une culture que celle du chercheur immergé dans son terrain et faisant l'expérience de l'altérité et de la découverte.

Mais le concept d'expérience, de par ses multiples définitions dans les démarches scientifiques, est particulièrement polysémique et ambigu. Il s'agit donc de prendre de la distance avec les catégories habituelles de pensée (y compris les catégories académiques), pour parvenir, dans une démarche d'intelligibilité, à caractériser les différentes dimensions auxquelles elle renvoie. Le but est de parvenir à rendre compte non pas de l'expérience en général, mais de parvenir à une meilleure compréhension des processus au travers desquels l'expérience se développe et s'enrichit ou au contraire se trouve inhibée ou sclérosée. Cette compréhension se fait par une approche heuristique des processus d'apprentissage qui relèvent de la subjectivité des acteurs et que nous pouvons définir comme : « *l'ensemble des constructions de sens que les sujets opèrent à partir, sur et pour leur propre activité, qu'ils*

reconnaissent ou qui sont reconnues comme leurs, en lien donc avec des attributions identitaires. Ces constructions sont considérées par les sujets et leur environnement comme des ressources pour la poursuite de leur activité ». (Barbier, 2011, p. 69). La transformation de la notion d'expérience en concept d'intelligibilité suppose de définir les différents univers auxquels elle renvoie, afin de proposer une organisation conceptuelle susceptible de rendre compte de la manière dont les acteurs construisent leurs activités et développent des apprentissages à l'occasion de ces activités. Pour cela nous proposons de distinguer dans le concept, trois dimensions différentes : « *le vécu de l'activité, l'élaboration de l'expérience, la communication de l'expérience* » (Barbier, 2012 à paraître). Si dans la signification courante de la notion d'expérience, ces trois univers ne sont pas distingués, il s'agit en revanche dans une démarche d'intelligibilité de distinguer : 1) ce qui advient au sujet dans le cours de son action, 2) ce qu'il réalise comme apprentissage à l'occasion de ce vécu et 3) ce qu'il exprime de ce vécu. Ces trois dimensions de l'expérience ne sont pas à entrevoir dans une logique séquentielle ou chronologique. Elles constituent davantage plusieurs dimensions ou fonctions de l'expérience, plutôt que des temporalités de celle-ci. Cette organisation conceptuelle nous permet d'interroger plus spécifiquement les processus relevant des espaces de constitution et de transformation de l'expérience chez le sujet dans le cours de son action.

1.2.3 La constitution de l'expérience, un objet significatif pour la formation des adultes en tant que champ de recherche

Les espaces quotidiens de l'activité professionnelle offrent de multiples occasions de transformation et de développement de l'expérience du sujet. Il s'agit alors de parvenir à repérer dans les situations de travail, des formes invariantes de réélaboration et de développement opérés par les sujets, et de comprendre dans quelle mesure : « *certaines conditions de développement composent des configurations inédites, configurations de situations, configuration d'activités adaptatives des sujets, inventions pour trouver des solutions* » (Mayen, 2001, p. 45). La réélaboration des cadres habituels de pensée, aussi bien leur contenu que leurs processus d'émergence est un objet de recherche dans les champs scientifiques de l'éducation et de la formation.

La recherche portant sur la construction de l'expérience vise à élaborer une intelligibilité des rapports entre activité et apprentissage. Elle s'attache non pas aux modes de reconnaissance et de validation de l'expérience, mais plutôt aux voies à travers lesquelles celle-ci se constitue dans le cours de l'activité, parfois même sous nos yeux sans que l'on s'en aperçoive. Il s'agit

d'accorder une attention particulière à la conception des dispositifs de recherche permettant d'approcher l'expérience en tant que processus, dans ses modes et conditions d'élaboration. Pour cela il est nécessaire de parvenir à analyser et interpréter les activités réalisées ou inhibées par le sujet qui permettent d'inférer les « cadres de pensée » émergeant dans son activité et leurs modes de transformations. Si les situations que rencontre l'opérateur sont toujours marquées par leur singularité, en revanche, les connaissances opératoires que celui-ci mobilise sont plus permanentes. Appréhender leur mode d'émergence et leurs réélaborations successives permet de comprendre la manière dont un sujet devient « expert », notamment parce que « *ces connaissances opérationnelles ne se construisent pas aussi spontanément qu'on pourrait le penser* » (Mayen, 2005, p. 81). Ces transformations constituent des indicateurs précieux du travail de l'expérience des sujets qui sont amenés à étendre leur action à des contextes différents, à faire face à un éventail de situations et de problèmes variés. Les formes de constitution de l'expérience ainsi que le contenu des transformations qu'elle produit représentent un enjeu spécifique pour les Sciences de l'Homme : une analyse et une description plus précises des activités humaines, « *à la fois des faires des sujets, de leurs pensées et de leurs dires sur leurs faires* » (Barbier, 2011, p. 11).

1.2.4 L'interprétation des modes d'élaboration de l'expérience, un enjeu pour les recherches en sciences humaines

Les Sciences sociales qui prennent pour objet les processus à travers lesquels un sujet devient « connaissant », « sachant » ou « expert », malgré leur diversité, ont en commun d'être confrontées à la singularité de l'activité humaine. L'étude et l'interprétation des phénomènes liés au vécu de l'activité et aux apprentissages qui s'y déroulent, renvoient à la fois à des questions épistémologiques, théoriques, mais aussi méthodologiques. Sur le plan épistémologique, la compréhension du travail de l'expérience nécessite une prise de distance avec les cadres habituels de pensée à travers lesquels les acteurs rendent compte des phénomènes qui lui sont liés. Il convient, selon nous, de questionner ces cadres à travers la verbalisation de leur action par les acteurs, afin d'élucider les définitions spontanées ou quotidiennes. La manière dont les sujets font référence à leur expérience et la mettent en mots relève de catégories spontanées qu'il est nécessaire de questionner, en opérant un déplacement du regard. La compréhension des processus expérientiels ne peut se réaliser selon un découpage disciplinaire des objets de recherche. Le concept d'expérience ne peut être

appréhendé qu'à travers une approche transdisciplinaire et nécessite un décloisonnement des frontières théoriques, au profit de la convocation d'outils et de méthodes appartenant à différentes traditions scientifiques. Du point de vue méthodologique, les voies de l'élaboration de l'expérience impliquent la construction de dispositifs de recherche permettant de questionner la subjectivité du sujet.

Propos d'étape 1

La compréhension des processus à travers lesquels un acteur construit ou élabore son expérience au contact d'autrui constitue un enjeu professionnel particulièrement prégnant pour les métiers relevant de l'intervention sur l'activité d'un autre sujet. Elle permet de mieux comprendre ce qui constitue pour les acteurs une opportunité d'enrichir ou d'ajuster leurs cadres de pensée, à l'occasion de la conduite de leur action d'intervention.

En outre, l'intelligibilité de ces processus constitue un apport significatif pour le champ de la recherche en formation des adultes. L'analyse du « *travail de l'expérience* » représente un point d'articulation entre enjeux professionnels et enjeux scientifiques dans la mesure où cette analyse permet de parvenir à une meilleure connaissance des modes de construction des apprentissages du sujet à l'occasion de son activité. Il s'agit de parvenir à une meilleure compréhension des situations, et des formes de régularités à travers lesquelles le sujet est amené à réélaborer le produit de son expérience que nous désignerons plus tard sous le terme « d'habitudes d'orientation de l'action ».

L'identification des traces empiriques de réélaboration des habitudes mentales d'un acteur à l'occasion de son action, permet selon nous de produire des repères particulièrement utiles et féconds à la compréhension plus générale des situations au sein desquelles un adulte parvient à se « former » et « apprendre » de la situation et de la rencontre avec d'autres sujets.

Chapitre 2 Le dialogue professionnel comme occasion privilégiée de construction d'expérience (le terrain et la construction de l'objet de recherche)

La médecine du travail constitue un terrain de recherche particulièrement riche pour interroger les processus de constitution de l'expérience des sujets en situation professionnelle, et plus particulièrement à l'occasion de leur activité dialogale. L'interaction avec le salarié durant la consultation, constitue un enjeu central de leur travail, car elle semble constituer une opportunité d'apprendre au contact de l'autre, simultanément à la conduite de l'action de prévention.

2.1 Le terrain de la médecine du travail

Le choix du terrain de la médecine du travail résulte d'un double intérêt : pour les activités qui consistent à agir pour et avec un autre et pour les métiers se situant au sein d'une actualité sociale qui fait de la constitution de leurs savoirs, un enjeu professionnel, mais également social et politique au sens premier du terme, c'est-à-dire qui représente un intérêt pour la vie de la « cité ». Comme nous le verrons, l'expérience de ces acteurs paraît fortement marquée par un rapport spécifique aux savoirs et à la constitution des connaissances pour agir au sein de leur activité de travail. La formation des connaissances opératoires, qui participent à l'expertise des médecins du travail, relève à la fois du domaine social et du domaine professionnel. Pour approcher ce phénomène, nous sommes partis du recueil et de l'analyse des documentations courantes disponibles sur la pratique de la médecine du travail et sur sa place dans la vie sociale.

2.1.1 Le choix du terrain et le mode d'approche

Il nous semble important au préalable de resituer cette activité dans sa dimension socio-historico-politique. La médecine du travail présente en effet plusieurs spécificités au sein du champ médical : il s'agit de les comprendre pour pouvoir interpréter ensuite les propos de ces

acteurs. Nous proposons d'identifier l'activité du médecin du travail en la replaçant au sein du « champ » de la « santé au travail » entendu comme un « *espace structuré de positions ou de postes* » (Bourdieu, 1984, p. 113) et donc de luttes et d'enjeux de pouvoir. L'organisation légale et matérielle de leur travail a des influences sur la manière dont ces acteurs se représentent leurs actes : l'environnement professionnel de ces praticiens a des effets sur les actions qu'ils déploient et sur les stratégies qu'ils mettent en œuvre pour atteindre leurs objectifs.

Les médecins du travail évoluent dans un univers professionnel marqué par l'histoire de la constitution de leur métier, histoire complexe et parfois marquée par des contradictions. Il est nécessaire de la comprendre si l'on veut analyser la conduite quotidienne de leur action de prévention des risques professionnels. Notre propos sera double : à la fois caractériser le terrain de la recherche et dans le même mouvement mettre en avant la manière dont nous avons problématisé notre objet. Nous procéderons en quatre étapes.

En premier lieu, nous réaliserons une synthèse de l'histoire de la constitution de ce champ, qui nous permettra de repérer les étapes de sa construction notamment du point de vue législatif et économique, mais aussi politique.

Ensuite, nous caractériserons cette activité du point de vue des acteurs en partant des verbalisations que ces derniers construisent autour de leurs actions et de leur environnement de travail. Nous proposerons alors une analyse à partir du regard subjectif des médecins, en essayant de comprendre les raisons pour lesquelles ils décrivent une activité difficile à réaliser, faite de nombreuses injonctions contradictoires.

Puis nous montrerons pour quelles raisons l'activité dialogale avec le salarié durant la consultation médicale, occupe une place particulièrement centrale dans leur activité professionnelle.

Enfin, cette lecture problématique du terrain de la recherche nous permettra de définir les contours de notre objet de recherche, en partant notamment de l'hypothèse que l'activité dialogale du médecin du travail avec le salarié est particulièrement valorisée puisqu'elle représente pour eux un espace potentiel de constitution de l'expérience.

À travers la présentation de ces quatre étapes, le but est de montrer comment la construction de l'objet de cette recherche s'est réalisée de façon progressive par une démarche inductive. Nous avons pris comme point de départ l'identification de plusieurs enjeux pour les médecins du travail qui nous paraissaient spécifiquement liés à l'activité dialogale qu'il conduisent

durant la visite médicale avec le salarié et plus précisément à leur activité mentale à cette occasion. La notion « d'habitude d'orientation de l'action », que nous mettons en évidence dans cette recherche, a été élaborée à partir de l'analyse des enjeux professionnels et sociaux que nous avons identifiés au sein de l'activité de ces professionnels. Le schéma suivant rend compte de la construction progressive de l'objet de recherche :

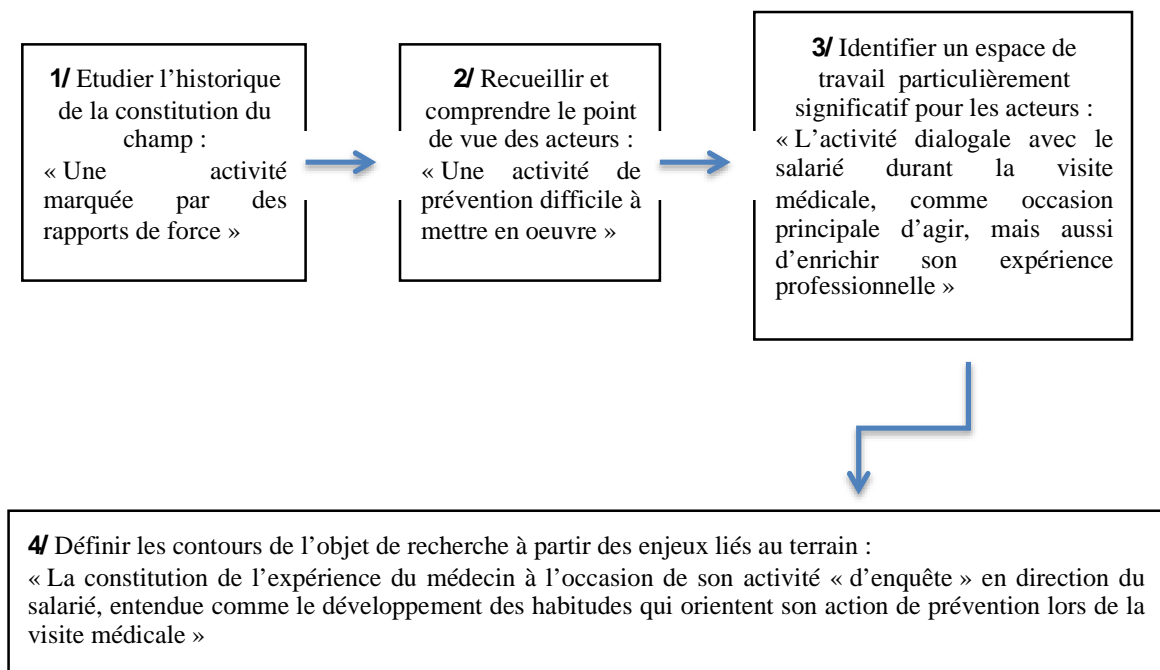


Figure 1 : La construction de l'objet de recherche selon un processus inductif

2.1.2 L'activité du médecin du travail et l'histoire de la constitution du champ

La mission qui est confiée aux médecins du travail par le Code du travail est « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs* » (Article L. 4622-3). La construction historique de cette activité professionnelle au sein des métiers de la santé a abouti à la constitution d'importants centres de médecine du travail. Ils regroupent aujourd'hui la plupart des praticiens dans ce qui est appelé aujourd'hui : « Service de Santé au Travail » (SST). Ces services suivent environ 15, 3 millions de salariés avec 5135 médecins du travail et 10500 personnels regroupés dans 943 S.S.T. (source DREES³, 2010). Les SST sont des associations loi 1901, composées d'un Conseil d'Administration employeur, formé de membres élus parmi les membres du patronat des entreprises adhérentes qui payent

une cotisation légale. Par ailleurs, cette activité se réalise dans un rôle exclusivement « préventif », car ces médecins sont légalement « conseillers » de l'employeur, c'est-à-dire dépourvus de tout pouvoir prescriptif ou coercitif pour mener à bien leur mission. Cette situation particulière (et souvent paradoxale) dans le champ de la santé est le résultat d'une lente élaboration qui a abouti à la création du modèle de la prévention des risques professionnels en France.

L'appellation « médecine du travail » est très ancienne, mais n'a été officiellement reconnue qu'à partir des années 1940. Avant cela, des médecins présents sur le lieu de travail sont très rares et réservés à quelques secteurs très spécifiques comme l'Armée ou les Mines. Il faut attendre la fin du XIXe siècle, fortement marquée par une réflexion sociale et sur la place du travail dans la société française, pour que des salariés soient indemnisés lorsqu'ils subissent un accident du travail. C'est pour la première fois en 1898 qu'est votée une loi qui octroie une réparation financière aux salariés en cas d'accident. Cette première initiative fera l'objet de nombreuses critiques de la part des syndicats ouvriers pour qui cette loi aboutit uniquement à une compensation financière qui ne tient pas compte des aspects médicaux, il s'agit surtout pour eux de « *créer un corps de médecins-contrôleurs chargés de surveiller le versement des indemnités aux ouvriers...* ». (Buzi et al., 2006. p. 11). Ces insuffisances seront dénoncées au cours de grèves et de protestations de la classe ouvrière au tournant du siècle. Les refus du patronat concernant la reconnaissance des pathologies liées au travail entraînera d'importantes luttes ouvrières qui sensibiliseront la population aux problèmes jusque-là encore inconnus des maladies liées à l'exercice du travail. Elles donneront lieu, entre autres, à la création en 1900 de la CMI (Commission d'Hygiène Industrielle) qui deviendra plus tard le Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels. Cette première instance donnera lieu à la création au C.N.A.M d'une chaire dispensant des enseignements sur « l'hygiène industrielle ». La physiologie du travail qui y est enseignée depuis 1913 par Jules Amar, vise la création d'une discipline qui servirait avant tout les intérêts des employeurs. Il s'agit de former des experts soucieux « *de la productivité et des intérêts de l'employeur, en même temps qu'un hygiéniste au service de la santé ouvrière* ». (Ibid., p. 23). Cette conception purement hygiéniste sera amplifiée durant la Première Guerre mondiale et dans la taylorisation du système de travail dans les usines d'armements... Les conditions de travail (augmentation des cadences) qui deviennent de plus en plus délétères pour les ouvriers entraîneront une perte de main d'œuvre pour cause de blessures et d'accidents.

³ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

En 1916, est créée une inspection médicale, encore exclusivement réservée aux usines d'armement. La création de ce corps d'inspecteurs repose déjà sur des principes hygiénistes et natalistes. La première préoccupation de ce qui constitue la genèse de la santé au travail est de veiller à ce que les femmes (qui constituent la principale main d'œuvre pendant la guerre) ne soient pas « infectées » par les maladies. La visite médicale est donc née d'une volonté hygiéniste et dans une intention de sélection de la main d'œuvre, qui aura pour conséquence de susciter un sentiment de méfiance (dont on retrouve encore aujourd'hui des traces) à son égard. D'un côté, les employeurs y voient surtout un danger de devoir licencier les ouvriers déclarés trop fragiles et de l'autre, les ouvriers dénoncent la mise en place d'un moyen de contrôle aux mains du patronat, inacceptable à leurs yeux.

Au lendemain de la guerre, la majorité des patrons refusent l'intervention de l'État dans le milieu professionnel et se limitent aux versements de primes d'indemnités. La création d'une médecine dans les usines fait l'objet d'une forte opposition du patronat. Celle-ci est cantonnée à son rôle de sélection de la main d'œuvre. On ne recense en France, en tout et pour tout, que 70 médecins dans les usines, principalement dans l'industrie et la métallurgie. Le 19 novembre 1927, le ministère du Travail établit pour la première fois une liste de maladies professionnelles qui ne permettent pas encore de recevoir une indemnité, mais qui sont déclarables. Cette liste constitue un premier pas vers la définition de ce qui constituera une maladie professionnelle. Les syndicats ouvriers militent pour que cette définition prenne en compte l'ensemble des pathologies liées à l'exercice du travail. Le patronat s'oppose à cette demande en argumentant sur le fait qu'il n'est pas possible d'établir un lien direct entre la maladie et le seul exercice du travail et que différents facteurs entrent également en compte. Le principal argument mis en avant par le patronat est que « *s'il est évident que certaines maladies ont une origine professionnelle, il est par contre très difficile de tracer les limites des affections professionnelles* » (Desoille, 1979, p. 16). Cette opposition, qui est au cœur du débat pour la reconnaissance des maladies professionnelles, se poursuit encore aujourd'hui et l'on observe surtout que derrière celui-ci se cache des enjeux économiques forts où « *débats médicaux et enjeux financiers s'articulent étroitement* ». (ibid., p. 30). C'est aussi la question du type d'enseignement destiné au corps médical qui n'est pas formé pour diagnostiquer ce type de maladie. Une chaire de « prévention des accidents du travail » est créée dans cette optique, au CNAM en 1929 où A. Salmont enseignera, jusqu'en 1957, son approche du « facteur humain ». Les années 30 joueront un rôle décisif dans la constitution de ce champ puisque sont alors posées deux questions fondamentales, auxquelles la médecine du travail n'a pas encore trouvé de réponse totalement satisfaisante : la question

des modes et des contenus d'enseignement d'une médecine dirigée vers le milieu professionnel et la question de la définition de ce qui constitue une maladie professionnelle et d'une liste de ces maladies.

Les grèves de 1936, durant le Front Populaire dénoncent les situations d'insalubrité dans les usines et les conditions de travail en général. La C.G.T, principal syndicat ouvrier de l'époque, va conduire des enquêtes sur les lieux de travail et créer une commission spécifique portant sur les maladies professionnelles. Le Front Populaire va alors mettre au cœur du débat politique la nécessité de créer « *une inspection médicale du travail, garante de l'autonomie de la profession* » (ibid. p. 37).

Mais ces revendications ne seront pas entendues et l'arrivée du régime de Vichy va mettre fin aux progrès sociaux. C'est pour promouvoir une idéologie eugéniste que ce gouvernement va déployer d'importants efforts pour l'institutionnalisation de la médecine du travail qui se concrétiseront par la loi du 28 juillet 1942, rendant obligatoire la présence de services médicaux dans les établissements de plus de 50 salariés. La période d'après-guerre sera décisive, puisqu'en 1946 qu'est votée la loi rendant obligatoire un suivi par un médecin du travail de tous les salariés des entreprises (Article L. 4622-3 du code du travail) en vue d'« *éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs* ». C'est cette loi qui est encore aujourd'hui en vigueur, même si celle-ci à travers les réformes successives, a été modifiée dans plusieurs de ses articles. Elle demeure essentiellement orientée vers la nécessité de résoudre la contradiction suivante : « *le développement et les progrès de l'industrie soulagent le labour des hommes (...), mais le nombre d'accidents augmente et l'emploi de produits chimiques sans cesse nouveaux provoque des intoxications professionnelles* » (Desoille, 1979, p. 5). La loi de 1946 a le mérite d'être acceptée par les syndicats ouvriers qui y voient une avancée significative dans la protection du salarié, dans la mesure où la réglementation est le fruit d'une négociation tripartite. Cette loi, qui est avant tout centrée sur le soutien à la production et dont le principal but est toujours de rationaliser le système de production, fixe néanmoins les grandes lignes de ce qui demeure encore aujourd'hui l'organisation générale de la médecine du travail : visite de prévention, création de fiche d'aptitude pour le suivi des salariés, etc. La loi de 1946 donnera une reconnaissance à cette nouvelle spécialité médicale et permettra d'attirer « *un millier d'étudiants lors de l'année universitaire 1946-1947* » (ibid., p. 60).

Les années 90 placeront malgré elle, la médecine du travail au-devant de la scène politique et sanitaire avec ce que l'on nomme aujourd'hui le « drame de l'amiante ». La reconnaissance

de cette molécule qui provoque, notamment chez les salariés du bâtiment des cancers et des tumeurs dus à son exposition, sera très tardive. Il faudra en effet attendre 1997 pour que l'amiante soit interdite en France, alors que celle-ci fait l'objet d'une interdiction depuis déjà plusieurs années aux États-Unis et dans d'autres pays. Le drame de l'amiante marque la profession des médecins du travail, et reste dans l'esprit de l'ensemble des acteurs de la prévention des risques professionnels. Il représente pour certains, l'exemple même de l'impuissance de ces médecins à jouer leur véritable rôle de prévention. D'une façon générale, ce drame met au grand jour et sur la scène publique la faillite du système de prévention des risques professionnels.

La réforme de 1997 souhaite donner davantage d'autonomie et de liberté aux médecins. Un décret instaure par exemple, pour la première fois un nombre maximum d'établissements à suivre pour chaque médecin travaillant dans les S.I.S.T (Services inter-entreprises de santé du travail). Il s'appuie sur un rapport qui montre que 41 % des salariés redoutent que le médecin du travail divulgue des informations à l'employeur (Sartin, 1996) ou que 69 % des maladies professionnelles pourraient ne pas encore être détectées (ibid. p. 90). La réforme souhaite s'emparer de cette situation plus qu'insatisfaisante en instaurant notamment la notion d'un système de « santé au travail » et non plus seulement de « médecine du travail ». Elle propose au moins quatre transformations importantes : la refonte du calcul de la charge de travail du médecin du travail ; le renforcement de l'indépendance du médecin vis-à-vis de l'employeur (meilleur contrôle des nominations et des licenciements) ; la mise en place de la pluridisciplinarité et enfin le renforcement de la transparence de la gestion des services de santé au travail.

Cette réforme est sans doute la plus importante qu'ait connue la profession au cours des dernières années, celle-ci n'a pas apparemment permis la modification en profondeur tant attendue, en grande partie du fait que « *la logique de la réforme, visant à renouer avec la prévention, n'a pas été menée à son terme* » (Conso, Frimat, 2007, p. 2).

Plusieurs problématiques sont alors identifiées qui selon ces sources placent les médecins dans l'incapacité de répondre à la tâche qui leur est confiée. Tout d'abord, le calibrage de leur temps de travail reste irréaliste, il ne permet pas aux praticiens de réaliser l'ensemble du suivi des salariés dont ils ont la charge.

Ensuite, le renforcement de la place du 1/3 temps en milieu de travail n'a pas montré d'effet satisfaisant, celui-ci étant encore difficilement investi par les praticiens du fait de multiples raisons (manque de temps, manque de connaissance sur le milieu du travail, méfiance des

patrons...). Par ailleurs, la crise démographique de la population des médecins du travail est de plus en plus inéluctable. D'ici cinq ans, environ 1700 médecins seront en âge de prendre leur retraite et très peu de nouveaux praticiens titulaires de la spécialité sortent de l'université. Enfin, un déficit dans la formation des praticiens ne leur permet pas d'avoir les outils nécessaires pour affronter les transformations actuelles du travail et des nouveaux risques qui apparaissent.

Ces problèmes ont été régulièrement mis en avant depuis l'application du décret de 2004 et une nouvelle loi était attendue pour pallier ces difficultés. Une nouvelle réforme, très récente a donc été votée le 20 juillet 2011 : à travers de nouveaux aménagements, elle tente une nouvelle fois de pallier les carences qui semblent perdurer au sein du système de prévention des risques professionnels en France.

Ce rapide historique de la constitution du métier de médecin du travail nous permet, même de façon synthétique, de resituer dans leur environnement institutionnel, les problèmes mis en avant par les acteurs que nous sommes allés interroger.

2.2 L'expérience du métier vécue par ses acteurs

Nous allons présenter une description de l'activité professionnelle du médecin du travail telle que les acteurs la verbalisent. Le but est de préciser ici la manière dont nous avons construit notre objet de recherche en tenant compte des enjeux socioprofessionnels que nous avons pu déterminer. Les entretiens, réalisés durant la phase exploratoire de la recherche, nous ont permis de dégager 20 thématiques⁴ à partir desquelles les médecins du travail verbalisent leur activité. Nous souhaitons ici situer l'activité du médecin du travail en partant des verbalisations que nous avons recueillies en les regroupant en six thématiques principales: 1) une activité professionnelle dévalorisée ; 2) un déficit des vocations ; 3) une formation universitaire qui ne prépare pas vraiment à l'exercice du métier ; 4) une organisation du travail faite de nombreuses injonctions paradoxales ; 5) un médecin qui ne soigne pas ; 6) des relations fragiles avec les salariés et les employeurs.

2.2.1 Une activité professionnelle dévalorisée au sein du champ de la santé

Lorsque l'on interroge les médecins du travail sur leur activité et leur environnement professionnels, il est frappant de constater qu'ils évoquent en premier lieu une image très négative de leur métier. De leur point de vue, leur pratique fait l'objet d'une forte dépréciation sociale autant de la part des bénéficiaires directs ou indirects de leur action, que de celle de leurs confrères, etc. : « *C'est avant tout un regard péjoratif, que l'on jette sur vous, nous manquons de reconnaissance* » (T.20). Les médecins du travail expliquent en effet que leur métier est systématiquement décrit de façon négative, voire péjorative, par la grande partie des acteurs de leur milieu professionnel. Selon ces praticiens, l'image et l'utilité de leur fonction sont systématiquement mises à mal : « *La médecine du travail est très mal perçue*

⁴ T1 Le rôle et l'importance du dialogue avec le salarié/ T2 La spécificité de sa fonction et du travail/ T3 Le rapport aux temps dans le travail/ T4 Les espaces de satisfaction dans sa pratique/ T5 Les stratégies mise en œuvre/ T6 La souffrance des salariés/ T7 Le travail en équipe et les réseaux/ T8 Le pouvoir et les moyens d'agir dans son travail/ T9 Organisation de la profession/ T10 La pluridisciplinarité/ T11 Sa place dans l'entreprise et/ou vis à vis de l'employeur/ T12 L'implantation géographique/ T13 L'évolution démographique du métier / T14 Les relations avec les autres acteurs de prévention/ T15 Liberté, autonomie et pression dans son travail/ T16 Le rapport au monde de l'entreprise et du travail/ T17 Héritage historique des visions du métier/ T18 Le parcours professionnel et le choix du métier / T19 Les valeurs signifiées les croyances/ T20 La reconnaissance de son travail et de sa fonction.

par les salariés, les autres médecins et les employeurs » (T.20). Ces acteurs expliquent que les employeurs ne voient souvent dans l'action des médecins du travail qu'une obligation légale à respecter. Mais les salariés eux-mêmes se méfient des médecins du travail et s'interrogent sur leur indépendance réelle à l'égard de leur employeur.

Les médecins témoignent très fréquemment de ce manque de reconnaissance : « *Il y a un regard péjoratif que l'on jette sur vous* » (T.20) et des conséquences sur le manque d'effectifs en raison de la faible attractivité de leur spécialité sur les étudiants en médecine : « *on est dans une pénurie médicale, plus personne ne veut être médecin du travail* » ou encore : « *c'est peu attractif au milieu de la cardiologie (...) c'est pas non plus Kouchner, les gens qui arrivent ne sont pas motivés* » (T.13). Ce manque de reconnaissance est mis directement en lien avec la dévalorisation : « *les médecins du travail ne se font guère d'illusion sur l'image de leur profession aussi bien auprès des autres médecins que des salariés, pas plus que sur leur utilité* » (Piotet, 2002, p. 13). Vis-à-vis de leurs confrères des autres spécialités, ces praticiens estiment être marginalisés, car le jugement des pairs participe selon eux d'une dépréciation sociale : « *un grand médecin n'est pas forcément le médecin le plus riche de sa profession, mais celui qui est reconnu « grand » par ses pairs* » (ibid.p.13). L'activité quotidienne du médecin du travail fait partie de ces métiers autour desquels sont élaborées des « *représentations à caractère négatif associées à des groupes professionnels jouissant d'un statut élevé* » (Mathieu-Fritz, Bercot, 2008, p. 20). Cette dévalorisation s'explique selon nous par cinq raisons : la non-prescription de soins, le choix de ce métier par défaut, une organisation juridique du travail très contraignante, des relations difficiles avec les bénéficiaires de leur action et enfin, une formation qui paraît peu adaptée aux besoins de ces professionnels.

2.2.2 Le choix d'un métier parfois vécu par défaut

Lorsque nous avons abordé avec les médecins du travail, les raisons qui les ont poussés à choisir cette spécialité à la sortie des études de médecine, nous avons été surpris de constater que pour beaucoup le choix de la médecine du travail paraît relever davantage d'un choix par défaut. Au sein de la thématique du « *parcours professionnel et du choix du métier* » (T18), il apparaît que, pour bon nombre d'entre eux, le choix de cette spécialité ait été motivé par la volonté de privilégier la vie de famille ou d'autres occupations personnelles, ou encore se soit effectué par hasard. La plupart des acteurs que nous avons interrogés à ce sujet l'ont formulé en ces termes : « *J'ai choisi la médecine du travail pour la vie de famille, confort des*

horaires » (T.18) ; ou bien : « *Je suis devenu médecin du travail, par hasard, par opportunité, par un contact et sans conviction au début* » ou encore : « *j'ai fais médecine par hasard, n'était pas à l'aise avec les gens vraiment malades* » (T.18).

L'exercice de la médecine du travail permet en effet aux praticiens de préserver du temps libre en bénéficiant « *d'horaires de bureau* », mais aussi d'avoir un emploi à mi-temps, ce qui n'est pas le cas de la médecine générale, ou des autres spécialités dont l'exercice suppose des astreintes comme les gardes de nuit, etc. Les médecins expliquent qu'ils apprécient de pouvoir bénéficier d'une vie sociale comparable à celles des autres salariés : « *au fait d'avoir une qualité de vie meilleure que celle des confrères installés s'ajoute la possibilité d'une vie familiale qui permet de s'occuper des enfants* » (Piotet, 2002, p. 300). Les SST dans lesquels est réunie la grande majorité des médecins n'ont pas de « permanences » le soir et le week-end et cela représente un avantage leurs yeux.

Depuis son institution en tant qu'enseignement à l'université, la médecine du travail est marquée par sa forte marginalisation vis-à-vis d'autres disciplines reconnues comme plus exigeantes. Durant de nombreuses années, elle fut considérée comme le choix de la sécurité dans la mesure où « *ce certificat, qui est réputé ne pas demander un investissement très lourd, est préparé comme « une garantie au cas où* » (ibid., 2002, p. 293). Cette image de la spécialité perdue sans doute aujourd'hui, puisque l'on observe que l'établissement de la médecine du travail dans le concours à la sortie de l'internat, au même titre que les autres spécialités médicales, n'a pas modifié ce phénomène. Les caractéristiques de ce concours font que « *le choix du médecin en matière de spécialisation n'est pas déterminé par une vocation, mais par un rang de classement qui relègue de fait la médecine du travail au dernier rang de prestige de la hiérarchie des spécialités* » (ibid.). Les professionnels témoignent de leur difficulté à évoluer dans une spécialité, dont les deux principales sources d'attraction, au sein de la profession, sont sa réputation de facilité d'accès et la possibilité d'exercer à temps partiel ou la souplesse de ces horaires. Pour eux, ce choix par défaut renforce l'idée que la médecine du travail ne peut pas être une vocation : « *Quand on entre en médecine, on ne sait pas que la médecine du travail existe, c'est pas possible que la médecine du travail soit une vocation* » (T.18). Cette réalité a peut-être des conséquences sur la manière dont ces acteurs se représentent eux-mêmes leur action : « *la profession, en classant au bas de son échelle de prestige interne les médecins du travail, a un effet miroir sur l'image sociale que les médecins du travail ont d'eux-mêmes* » (ibid., 2002, p. 293).

2.2.3 Une formation considérée comme « insuffisante »

Il est fréquent, lorsque l'on interroge des professionnels sur l'utilité de leur formation dans leur travail quotidien, de constater que la formation initiale qu'ils ont suivie ne les a pas (ou pratiquement pas) préparés à l'exercice du travail dans les services de santé. C'est ainsi que sous la thématique : « *le rapport au monde de l'entreprise et du travail* » (T.16) nous avons recueilli bon nombre de propos d'acteurs témoignant des carences de leur formation initiale : « *le problème c'est que nous n'avons pas été formés au rapport au travail, on a été formés au diagnostic médical* » ou encore : « *le médecin il n'est pas compétent en termes de santé. Il est compétent en termes de maladie. Quand on travaille sur la santé au travail, ça demande de connaître ses enjeux, la question sociale...* » (T.16). Ces acteurs décrivent une coupure entre des enseignements suivis qui demeurent à dominante scientifique (physiologie, biologie, épidémiologie) et les connaissances relatives au contexte d'exercice du travail, à l'environnement professionnel qui leur manquent : « *on sort des études avec un bagage très théorique. Il manque beaucoup de choses dans l'enseignement* », ou encore : « *mon domaine quand je suis sorti de la fac, c'était la santé des individus. Le médecin n'a jamais vécu dans la réalité de l'entreprise, que voulez-vous qu'il y comprenne ?* » (T.16). Comme le souligne l'un des sujets : « *le médecin du travail a fortement besoin de connaître la pratique de l'entreprise pour rentrer en négociation (...), mais nous ne sommes pas formés à travailler avec des employeurs. Je ne connaissais rien à la culture du travail* » (T.16).

Ainsi un consensus paraît s'établir sur le fait que leur formation initiale ne les prépare pas aux fonctions qui les attendent et ne leur permet pas vraiment de se forger les outils nécessaires à la compréhension des enjeux socioprofessionnels liés aux risques au travail. Les outils nécessaires dans bon nombre d'aspects de leur travail (stratégies d'expertise, nouveaux outils d'appréhension des risques moins visibles contre les risques psychosociaux, stratégies communicationnelles, aptitudes relatives à la négociation, etc.) semblent ne pas suffisamment figurer (ou pas d'une façon réellement opératoire) au programme de leur formation. Ce manque pourrait être limité par le dispositif de tutorat proposé aux praticiens lors de leur stage en fin d'études et par l'accompagnement lors de leur prise de fonction. Mais là encore les professionnels évoquent les difficultés qu'ils rencontrent pour apprendre au travers de ce dispositif : « *la transmission des savoirs est très difficile, car il y a très peu d'internes dans les services de santé au travail et ce n'est pas forcément une envie des médecins de le faire* » (T.16).

Pour pallier ce déficit, plusieurs praticiens nous ont fait part des stratégies qu'ils tentent de mettre en place pour continuer à se former : « *On essaye d'apprendre sur le tas parce que l'on se rend bien compte que la formation ne suffit pas, car ça s'apprend avec le métier* ». Cette forme d'apprentissage « par l'expérience du quotidien » n'est pas toujours précisée dans leurs propos. Ils évoquent notamment et de façon très vague : « *apprendre à travers ce que leur disent les salariés* » (T1). Nous verrons plus tard que certains d'entre eux sont parvenus à identifier comme espace d'apprentissage et de formation dans leur travail, le dialogue avec le salarié lui-même durant la consultation médicale.

2.2.4 Une organisation du travail vécue de façon paradoxale

Selon les praticiens, c'est en premier lieu l'organisation de leur pratique telle qu'elle est précisée et codifiée dans la législation du travail, qui constitue le plus grand problème qu'ils doivent surmonter. L'activité du médecin du travail présente la particularité (vis-à-vis des autres activités médicales) d'être régie par une loi inscrite dans le Code du travail, précisée à travers une série de décrets d'application (rôle et mission du médecin du travail, répartition des services, nombre de visites à effectuer pour chaque médecin...). C'est une profession particulièrement réglementée et pour bon nombre de praticiens, l'organisation « légale » de leur pratique représente la principale contrainte et source d'empêchement pour parvenir à atteindre leur objectif : « *il y a toujours cette ambiguïté qui fait que c'est une profession qui n'existe que par la réglementation qui est devenue inapplicable. Les médecins du travail n'ont plus les moyens de remplir leurs obligations réglementaires* » (T.3).

Selon l'un d'eux, la loi organise et prévoit les actions du médecin du travail en fonction et au service des intérêts de l'employeur : « *ce problème de la gestion patronale est incompatible avec les objectifs de préservation de la santé des salariés. [Nous sommes] dans une injonction paradoxale* » (T.9). Les médecins du travail sont en majorité salariés d'un SST, association Loi 1901. Ils sont ainsi liés à l'employeur comme n'importe quel autre salarié et selon eux : « *le problème de la médecine du travail, c'est le financement direct des employeurs. La gestion n'est pas au service des médecins, mais des employeurs. Une association n'est pas au service de ses salariés, mais de ses adhérents* » (T.9). Cette subordination est limitée par le droit du travail (qui protège les médecins du licenciement) et par le code de la déontologie professionnelle. Cependant, les praticiens restent dans ce rôle

paradoxal que leur confère la loi : « à mi-chemin entre le statut protégé des délégués du personnel et celui du salarié » (Piotet, 2002, p. 293).

Pour que ces acteurs de prévention des risques liés au travail puissent assurer le suivi des salariés, la législation désigne la « visite médicale du travail » comme espace principal pour exercer leur activité. Il est prévu également par la loi que le praticien puisse consacrer un tiers de son temps à des visites et des observations sur le lieu de travail, au sein de l'entreprise. Mais les praticiens qui souhaitent se déplacer sur le lieu de travail doivent également affronter, dès le départ, la méfiance des employeurs, car dans bien des cas : « *le médecin n'est que rarement le bienvenu dans l'entreprise* » (Piotet, 2002, p. 297). Le médecin du travail est invité à participer aux différentes instances décisionnelles ou à celles qui participent au dialogue social dans l'entreprise, comme le CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions du Travail). C'est selon les acteurs un rôle particulièrement difficile à tenir. Ils doivent acquérir une crédibilité vis-à-vis des représentants du patronat et des délégués syndicaux.

2.2.5 Un médecin qui se vit comme « non soignant »

À la différence de leurs confrères, la législation ne prévoit pas que ces médecins puissent prescrire ou réaliser des ordonnances, ce qui fait d'eux « *des médecins aux mains nues* ». Ce rapport au pouvoir, ou plutôt au manque de pouvoir pour influencer les décisions relatives à la prévention des risques au sein de l'entreprise, est fréquemment évoqué : « *Nous ne faisons pas de soins, juste de la prévention, mais nos préconisations sont ignorées* » (T.8). L'image qui est véhiculée fréquemment à leur propos est celle d'un médecin sans véritables moyens d'action ou tout au moins « *un médecin qui ne soigne pas et dont l'activité ressortit plus souvent de l'obligation que de la nécessité,* » (Piotet, 2002, p. 295).

Le seul véritable moyen d'action de ces professionnels paraît être celui qu'ils exercent lors de la visite médicale avec le salarié, à travers notamment la déclaration d'aptitude qui lui confère le pouvoir de certification et de qualification concernant l'adéquation des caractéristiques du poste de travail aux capacités et à la santé du salarié. Mais paradoxalement, c'est précisément ce pouvoir formel que bon nombre de médecins du travail rejettent et auquel ils ne veulent pas se soumettre et/ou soumettre le salarié, dans un contexte de grande fragilité de l'emploi. Pour bon nombre de médecins, il n'est en effet pas légitime de déclarer un salarié inapte pour un

emploi, alors que l'entreprise ne peut lui en proposer un autre : « *Le médecin du travail est une ressource lorsque l'emploi est fragilisé en raison d'une dégradation de la santé. Mais il constitue aussi une menace dans la mesure où il est toujours détenteur du pouvoir d'imposer l'inaptitude au salarié* » (Davezies, 2007, p.15). Les médecins sont ainsi confrontés à un problème déontologique que soulève le seul pouvoir qu'ils détiennent à travers la fiche d'aptitude.

2.2.6 Des relations professionnelles perçues de façon « hostile »

La plupart des médecins expriment les grandes difficultés relationnelles qu'ils rencontrent avec leurs différents interlocuteurs. Que ce soit avec l'employeur, avec le salarié ou avec les autres acteurs de la prévention, ils insistent sur la fragilité et la complexité des relations qu'ils entretiennent (à chaque fois pour des raisons différentes) avec ces trois autres catégories d'interlocuteurs avec lesquels ils collaborent. Les relations avec l'employeur ou la direction de l'entreprise sont décrites comme particulièrement sensibles et difficiles à instaurer : « *Ça n'a jamais été aussi dur que maintenant à cause de la pression, car si ce n'est plus l'employeur qui téléphone au médecin, c'est son avocat* » (T.15). Les médecins soit se tiennent à distance, voire même sont mis à l'écart par les instances décisionnelles de l'entreprise, soit sont dans un rapport de force.

La relation directe avec les salariés des entreprises dont ils ont la charge est au centre de leurs préoccupations. L'image peu valorisée du médecin du travail ne facilite pas selon eux, l'instauration d'une relation de confiance immédiate : « *c'est l'image de médecine du patron, même si ce n'est qu'une image* ». Ils témoignent de leur difficulté à convaincre les salariés qu'ils pourront les aider dans leur travail quotidien en les protégeant d'un ensemble de risques : « *les gens viennent nous consulter parce qu'ils sont en souffrance. Ils nous donnent un rôle important, mais l'on ne peut pas améliorer la situation* » ou encore : « *il y a des jours où l'on est qu'un médecin de prestation* ». (T.8).

Enfin, ils expriment de grandes réserves au sujet de la possibilité de collaborer avec les autres acteurs de prévention. Si l'enjeu affiché par les législateurs, est de permettre une mise en concertation des données collectées relatives aux risques professionnels encourus par le salarié, les médecins estiment qu'en réalité « *il y a peu de travail avec les autres agents le médecin est un peu seul : les médecins du travail se plaignent des médecins traitants et les*

médecins traitants se plaignent des médecins du travail... parce que tous ces gens-là sont formés pour être individualistes » (T.10).

Ainsi, les verbalisations recueillies durant la phase exploratoire de ce travail font apparaître une grande difficulté à conduire l'action de prévention. Cette difficulté concerne des univers différents (symboliques, technique, expérientiel), mais toutes constituent selon les sujets un obstacle à la réalisation des objectifs fixés.

Cependant comme nous allons le voir, au milieu d'un environnement professionnel décrit systématiquement de façon hostile et « empêchant », la situation dialogale avec le salarié lors de la visite médicale constitue un cas particulier. Nous souhaitons à présent mettre en évidence les raisons pour lesquelles ces préventeurs confèrent à cet espace de travail un caractère « privilégié » voire « sacré ».

L'observation centrale que nous avons réalisée, et sur laquelle nous souhaitons insister est que l'activité dialogale au sein de la consultation médicale du travail représente pour ces médecins, un moment particulièrement privilégié et décisif dans leur action de prévention. Les nombreux propos que nous avons recueillis à ce sujet font apparaître la situation d'interaction avec les salariés comme un espace « protégé », « valorisant » et surtout particulièrement « formateur » pour ces acteurs.

2.3 L'activité dialogale avec le salarié, un moyen privilégié pour le médecin d'agir et de construire son expérience

L'activité dialogale avec le salarié, apparaît pour les praticiens comme un espace particulièrement stratégique dans leur activité. Celle-ci représente à la fois un moyen privilégié de leur action de prévention, mais constitue également une situation au sein de laquelle ces acteurs peuvent enrichir leur expérience. Nous pensons que cette situation professionnelle, constitue pour eux une zone de satisfaction car elle représente à la fois : un espace de sécurité, un espace de reconnaissance, un moyen pour agir, mais également une occasion privilégiée d'apprentissage.

2.3.1 La consultation médicale un lieu laissé et/ou désigné aux médecins du travail

Le cadre d'exercice du métier, tel qu'il est prévu par la loi et mis en œuvre dans les services de santé au travail, surdétermine l'activité des praticiens, notamment en assignant la majeure partie de leur intervention de prévention des risques professionnels à l'espace du cabinet médical. Nous avons vu, que le déplacement dans l'entreprise est certes prévu par la loi, mais qu'il représente toujours un moment délicat, où il s'agit de ne pas se montrer intrusif vis-à-vis de l'employeur. La visite médicale semble, elle, être reconnue par l'ensemble des acteurs. Cette légitimité, rappelons-le, est avant tout légale puisque l'employeur est obligé de souscrire à un service de santé au travail (hormis les grandes entreprises disposant d'un service autonome). Le cadre d'exercice est donc réglementé et imposé, les médecins doivent y réaliser un nombre fixé de visites, mais « *à l'intérieur du cabinet médical, le médecin fait ce qu'il croit juste, ce qui correspond aux règles de l'art, sans qu'un tiers puisse intervenir pour décider de ce qui doit être fait ou de la valeur de ce qui a été fait* ». (Piotet, 2002, p. 308). Nous pensons que le dialogue avec le salarié durant la visite médicale est valorisée par ces acteurs, car elle représente certes une grande partie de leur temps de travail, mais surtout, celle-ci se déroule en quelque sorte « sur le terrain » du médecin : celui que lui confère la loi et au sein duquel il s'estime légitime.

2.3.2 Le dialogue avec le salarié, un moyen privilégié de l'action préventive

Les praticiens accordent aussi une importance particulière au dialogue avec le salarié en situation de face à face, car celui-ci représente selon eux le principal moyen de comprendre l'engagement du salarié dans son travail et le mode de fonctionnement dans l'entreprise. C'est à partir de cette compréhension qu'ils pourront évaluer l'impact du travail sur la santé du salarié ainsi que les éventuels risques que ce travail induit : *« pour comprendre les enjeux du travail en matière de santé, il ne suffit pas de considérer les causes de la pathologie, il faut comprendre les réponses que le travailleur déploie face aux sollicitations de son environnement »* (Davezies et al., 2006, p. 119). Ces acteurs de prévention insistent fortement sur cette composante essentielle de leur métier : *« pour accéder au travail, on est obligé de passer par la parole car on n'a pas accès au travail. Il faut construire quelque chose à partir de l'entretien »* ou encore : *« dans la consultation, on va pouvoir avoir accès à la compréhension de comment ça se passe dans son boulot, les difficultés qu'il peut rencontrer parce qu'il y a des choses qui sortent ici et que l'on a pas autrement ! »* (T.1). Le dialogue qui se déroule entre le salarié et le médecin à l'intérieur du cabinet paraît donc constituer la principale situation de travail au sein de laquelle les médecins peuvent recueillir les informations qui leur sont nécessaires, et analyser les effets du travail sur la santé du salarié : *« le cabinet médical devient alors l'observatoire privilégié des relations de travail et des conditions de travail et de vie »* (Piotet, 2002, p. 305).

Ces professionnels retirent de la rencontre individuelle avec le salarié, la satisfaction d'avoir pu mettre en œuvre et déployer leurs savoirs et leurs habilités : *« la force du médecin du travail, c'est de voir les gens individuellement et de leur parler (...) appréhender les risques à travers la visite personnelle : c'est une approche privilégiée »* (T.2). Le dialogue qui se déroule durant la visite médicale, relève de l'activité « vitale » ou de « l'exercice de leur art » et représente en ce sens un espace « créatif ». L'activité dialogale représente un espace autonome dans l'activité du médecin du travail : il peut y développer pleinement son activité et s'y impliquer personnellement en *« affectant l'organisation du travail par son initiative »* (ibid.). À la différence des autres situations professionnelles auxquelles ils sont confrontés, ces acteurs en retirent (malgré son aspect obligatoire pour le salarié) une forte valorisation. Si pour eux, leur pratique en général est difficilement valorisable auprès des autres acteurs, cet aspect particulier relève au contraire de « leur art », c'est-à-dire un « bon travail » dans le sens

accordé par Goffman, en ce qu'il « *représente aussi une œuvre avec laquelle le praticien peut s'identifier ; le travail procure ainsi un nouvel intérêt qu'il tire de lui-même* » (Goffman, 2002, p. 382).

2.3.3 Un espace protégé pour le salarié et protecteur pour le médecin

Les discussions, qui se déroulent à l'intérieur du cabinet du médecin du travail, relèvent officiellement et légalement du secret médical. Les médecins insistent beaucoup sur l'aspect strictement privé et confidentiel des échanges qui ont lieu à cette occasion avec le salarié. Le Code du travail ainsi que le Code de déontologie protège ainsi la parole du salarié, mais également le médecin dont on ne peut pas exiger la divulgation des informations récoltées durant la consultation : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* » (Art. R. 4127-4 du code de la santé publique).

Le praticien se considère à l'abri des éventuelles questions et pressions que les acteurs de l'entreprise pourraient exercer à ce sujet. Nous avons en effet observé à quel point les praticiens insistent sur cet aspect de leur travail qui confère à la visite médicale un caractère tout à fait singulier du point de vue de la sécurité des échanges qui s'y déroulent : « *le cabinet c'est un endroit où on peut s'exprimer sans risque* » (T.4).

2.3.4 Un espace de travail qui constitue le cœur de l'activité du médecin

Nous avons vu que, du point de vue de ses acteurs, la médecine du travail apparaît parfois comme une « *spécialité sans spécialité* », qui ne revendique pas la réalisation d'un geste spécifique, d'une méthode typique ou encore d'un savoir-faire ancestral. La forte valorisation par les médecins eux-mêmes, de l'activité discursive avec le salarié lors de la visite médicale, par les médecins eux-mêmes, est sans doute à mettre en lien avec leur besoin de mettre en exergue un acte professionnel qui puisse différencier leur activité de celle des autres professionnels de santé. Afin de se faire une place et se distinguer des autres « *segments* » (Strauss, 1992, p. 82) de la profession médicale, les médecins du travail mettent en avant ce qui constitue pour eux, à la fois le cœur de leur activité et ce qui lui confère sa particularité : « *la spécificité du médecin du travail c'est d'abord de recevoir quelqu'un* » // « *il n'y a que le médecin du travail qui peut, qui essaye de reconstruire l'identité de la personne au travail* » //

« *ça, il n'y a que le médecin du travail qui peut le faire, parce qu'il connaît le travail* » (T.2), etc. Il ne s'agit pas de conférer à ces praticiens l'exclusivité de l'usage du langage en situation d'intervention sur l'activité d'autrui, mais d'observer qu'ils semblent particulièrement attachés à la reconnaissance du type d'interactions langagières qui se déroulent durant la consultation, spécifiquement orientée et finalisée par un enjeu de prévention des risques liés à l'exercice du travail. Face à la dévalorisation de son activité professionnelle, mais aussi vis-à-vis du flou quant aux moyens réels de son action, le médecin réalise à travers la désignation de cet acte professionnel, un processus de présentation de soi particulièrement valorisée et valorisante.

Les techniques et les habilités qui sont mises en œuvre à l'occasion du dialogue, relèvent sans doute de cette intention d'affichage : « *les gens produisent un récit, mais c'est là que s'ouvrent les problèmes cliniques* », ou encore : « *chaque fois, c'est question d'interprétation, de sensibilité : chaque cas est une interprétation partielle* ». (T.5). Ces propos recueillis auprès de plusieurs praticiens relèvent d'une « *rhétorique déployée par le groupe professionnel pour revendiquer une élévation dans l'échelle des activités* » (Wittorski, 2008, p. 20). L'activité dialogale est revendiquée comme une « *activité noble et prestigieuse* » (Dubar, Tripier, 2005, p. 88).

Les enjeux sociaux qui conditionnent l'activité du médecin du travail nous conduisent à penser l'espace du dialogue avec le salarié comme ce qui constitue « le cœur du métier ». Du point de vue cognitif, c'est aussi pour une situation d'apprentissage et de développement de son expérience.

2.4 L'activité dialogale avec le salarié, une occasion pour le médecin de réélaborer son expérience

L'entretien avec le salarié représente, pour l'ensemble des raisons que nous venons d'évoquer, une activité décisive dans l'activité du médecin du travail. Les différentes observations réalisées à ce sujet convergent vers l'idée que cette situation de travail langagier est l'espace emblématique de la « professionnalisation », le lieu « *d'acquisition de savoirs et de compétences professionnelles en situation réelle et de construction d'une identité* » (Wittorski, 2008, p. 20). Les quatre approches que nous venons de réaliser de cet espace professionnel, participent de l'idée selon laquelle ce lieu de parole constitue une occasion de constitution de l'expérience pour les acteurs. Ce qui nous conduit à formuler l'hypothèse selon laquelle l'activité dialogale avec le salarié lors de la visite médicale du travail représente une occasion privilégiée pour le professionnel de transformer les habitudes qui *orientent* son action de prévention des risques pour le salarié.

Nous montrerons plus loin, par l'analyse des matériaux empiriques, dans quelle mesure ces habitudes d'orientation constituent à la fois pour le médecin du travail, des habitudes d'identification de la situation et des habitudes de détermination de ce qu'il y a à *faire* dans la situation.

2.4.1 Un espace et des modalités de constitution de l'expérience qui restent à identifier

Les processus effectifs selon lesquels le praticien conduit le dialogue et éventuellement « apprend » à son occasion ont fait l'objet de très peu d'études. On constate, paradoxalement, que si de nombreux travaux mettent en évidence que la situation de face à face avec le salarié constitue le cœur de l'activité du médecin du travail et représente un enjeu professionnel majeur (Piotet, 2002, Fernandez, 2009, Mias, 2010), en revanche, très peu de recherches caractérisent le déroulement effectif de cette activité et les processus mentaux mis en œuvre par l'opérateur. Cette dimension de l'activité de ces professionnels reste énigmatique. On constate aussi que la littérature disponible à ce sujet renvoie essentiellement aux obligations légales du médecin dans cet espace et donc, d'une certaine façon, uniquement au travail tel

qu'il est prescrit et non réalisé. Or, les règles et les procédures ne sont jamais appliquées telles quelles, mais font toujours l'objet d'une redéfinition : aucun médecin n'applique des schémas et des procédures. La dimension hautement relationnelle de ce travail nécessite des ajustements et des prises de distance importantes vis-à-vis des de la tâche prescrite. Le travail effectif reste à comprendre et à analyser du point de vue cognitivo-affectif.

Les travaux qui explorent l'activité du médecin du travail plus particulièrement pendant le moment de la consultation, sont essentiellement de type ethnographique (Dodier 1993). Cet auteur, par exemple, explore de façon précise les mécanismes à travers lesquels le médecin construit son jugement, en s'appuyant des observations de situations. Il décrit l'activité du médecin sous l'angle de la conduite d'un « interrogatoire », en référence à des « *stéréotypes des possibilités de risques* » (ibid., p. 75). La nature du dialogue professionnel qui se déroule dans ce huis-clos fait l'objet de peu d'études et, lorsque c'est le cas (notamment Caroly et al., 2008), la dimension des « effets » de cette rencontre du point de vue de l'expérience du praticien ne semble pas prise en compte.

Or, le questionnement de l'activité dialogale du médecin avec le salarié à travers une entrée par la constitution de son expérience, a une valeur heuristique. La réélaboration de l'expérience du médecin en situation d'interaction avec le salarié, peut être comprise comme une transformation de ses « habitudes d'activités ».

2.4.2 La transformation des habitudes qui « orientent » l'action du médecin du travail comme objet de recherche

La problématisation des éléments constituant le champ d'activité des médecins du travail et des verbalisations recueillies auprès de ces acteurs à propos de leur activité, nous conduit à considérer le dialogue au sein de la visite médicale, comme une activité potentiellement source d'élaboration de l'expérience pour les médecins :

« À force, il y a toute une stratégie et des hypothèses. On reconstruit ce que nous dit le salarié avec ce que l'on connaît, (...) on a bien des schémas en tête et on fait des liens pour définir ce qu'il faut faire ou proposer à l'employeur » (Dr F)

D'après nos observations, les médecins du travail désignent de façon récurrente un double processus à l'œuvre durant la consultation. D'une part, leur travail d'identification des risques liés à l'activité du salarié et/ou à son environnement de travail, qui se réalise à travers le

dialogue avec celui-ci, semble s'appuyer sur des « modèles » ou des « schémas » qui leur permettent d'organiser leur recherche. D'autre part, la consultation semble leur permettre dans le même mouvement d'enrichir et de réélaborer ces modèles. Cette double dynamique, au sein de l'activité dialogale, est explicite dans les propos de ce médecin :

« Je ne peux avoir accès au travail qu'à partir de ce qu'ils [les salariés] veulent bien m'en dire. Mais en même temps, c'est la consultation qui enrichit mes connaissances, ça me donne des outils, des manières de faire que je vais pouvoir réutiliser si je veux avec d'autres salariés ... » (Dr D)

Comme il en sera question dans la partie réservée au cadre théorique de ce travail, nous souhaitons définir l'activité dialogale du médecin du travail durant la visite médicale avec le salarié, comme un travail d'« enquête » (Dewey, 2006). À l'occasion de cette « enquête », et sous certaines conditions, le praticien est amené à se construire et enrichir des « habitudes » (Dewey, ibid.) qui constituent le produit de son expérience en lui permettant « d'orienter son action » dans de multiples directions. Dans ce travail, nous nommerons ces habitudes: « habitudes d'orientation de l'action préventive ».

Nous formulerons l'objet de cette recherche de la façon suivante :

L'activité d'enquête du médecin du travail comme occasion de constitution de son expérience professionnelle : la transformation des habitudes d'orientation de l'action de prévention lors de l'activité dialogale avec le salarié durant la visite médicale.

Cet objet de recherche a été construit à partir de l'identification et de la problématisation des différents enjeux relatifs à la spécificité de l'activité de prévention du médecin du travail. Les transformations que le médecin opère vis-à-vis des habitudes qui orientent son action de prévention, à l'occasion de la rencontre dialogale avec le salarié, semblent constituer une des modalités centrales de développement de son expérience au fil de son activité. C'est à travers la transformation qualitative et progressive des habitudes qui orientent leur action quotidienne de prévention que ces acteurs considèrent qu'ils deviennent des professionnels « expérimentés », c'est-à-dire capables d'agir dans une grande variété de situations et de façon efficiente par rapport aux objectifs de la prévention des risques liés au travail. Cette situation professionnelle semble jouer un rôle critique dans le développement de leur pouvoir d'agir.

Cependant, bien que cet objet ait été posé au terme d'un processus inductif, à partir des énoncés fournis par les sujets à propos de leur activité professionnelle singulière, nous pensons qu'il s'inscrit dans un enjeu scientifique plus général. Le champ de l'éducation et de la formation des adultes s'avère directement concerné par la compréhension des modes de développement de l'expérience en situation professionnelle et, plus particulièrement, de la transformation des habitudes d'activités des sujets. L'analyse de la constitution de l'expérience en situation professionnelle, semble, en ce sens, constituer un objet privilégié pour les démarches d'intelligibilité des processus de formation des sujets à l'occasion de leur action.

Propos d'étape 2

À travers ce chapitre, nous montrons comment nous avons progressivement, élaboré notre objet de recherche à partir des verbalisations que nous avons recueillies auprès des acteurs du terrain et en fonction des enjeux professionnels que nous avons pu identifier.

L'étude de la documentation relative à la constitution du champ d'activité de la médecine du travail, puis le recueil et l'analyse du point de vue des acteurs nous ont en effet permis d'identifier de façon progressive l'espace de la consultation médicale comme une situation de travail particulièrement significative et critique en raison de la nature des échanges qui s'y déroulent ainsi que de leurs conséquences sur leur activité professionnelle. La démarche exploratoire que nous avons conduite a montré comment, au sein d'un environnement professionnel décrit systématiquement comme hostile, et d'un métier vécu comme difficile à réaliser, ces acteurs de prévention désignent l'activité dialogale avec le salarié, comme un espace privilégié et protégé dont ils retirent une satisfaction et qu'ils désignent comme le « cœur de leur activité ».

Lors de l'activité dialogale avec les salariés des entreprises dont ils assurent le suivi, l'espace de la consultation médicale du travail au sein duquel se déroule la part majeure de leur activité, constitue un moyen privilégié de leur action. C'est également l'occasion d'enrichir leur expérience de *préventeur*. C'est le lieu de leur action, du développement et de la réélaboration des « habitudes d'activité » sur lesquelles ils s'appuient pour conduire leur action, en dehors de tout dispositif de formation ou de professionnalisation. L'activité dialogale avec le salarié, finalisée par une intention de production (d'un avis médical, de préconisations relatives à l'organisation du travail au sein de l'entreprise, etc.), se révèle ainsi également une « *activité constructive* » (Rabardel, 2005) pour le professionnel qui la conduit.

Chapitre 3 Singularisation de l'enquête et transformation des habitudes d'orientation de l'action (Les options épistémologiques et théoriques de la recherche)

Cette recherche se donne pour objet la transformation des habitudes qui orientent l'action de professionnels en situation d'intervention sur l'activité d'autrui. Nous analysons les processus de construction de l'expérience du point de vue de la transformation des habitudes d'activités du sujet. Cette entrée par l'activité implique des choix épistémologiques, et nécessite de recourir à un cadre conceptuel permettant de rendre compte des processus de construction de l'expérience dans et par l'action.

3.1 S'inscrire dans une démarche d'intelligibilité pour rendre compte des cadres de pensée et de verbalisation des acteurs

Ce travail de recherche s'inscrit dans une démarche d'intelligibilité des processus de construction de sens du sujet à l'occasion de son activité, notamment du point de vue de la transformation de ses « cadres de pensée ». Nous pensons, dès lors, qu'une des conditions épistémologiques de validité du compte rendu de ces processus, est de mobiliser un lexique permettant de distinguer les cadres de pensée des sujets et les cadres de pensée de la recherche. La recherche conduira alors à « penser les cadres de pensée » en opérant pour cela un déplacement vis-à-vis des catégories spontanées de pensée.

3.1.1 Distinguer langage de l'action et langage d'intelligibilité pour rendre compte des processus de construction de sens du sujet

Ce travail s'inscrit dans une démarche « d'intelligibilité » des manières de penser et d'agir des acteurs et de leur transformation à l'occasion de la conduite de leur action en situation de travail. Pour cela, nous adoptons un lexique d'intelligibilité permettant de mettre à distance les cadres de verbalisation des acteurs. Il ne s'agit pas ici de manifester une défiance vis-à-vis des catégories spontanées de l'action, mais de s'en servir comme matériau pour la recherche et ainsi de « *distinguer les catégories intellectuelles significatives pour les acteurs et les catégories intellectuelles susceptibles d'être utilisées pour proposer une intelligibilité de l'action* ». (Barbier, 2000).

La sémantique de l'action renvoie à toutes les formes de langage au sein desquelles les acteurs construisent des verbalisations autour de la manière dont ils se représentent leurs actions et dont ils se représentent eux-mêmes dans ces actions. Ces discours sont désignés de différentes façons : « *langage commun* », « *théorie spontanée* », « *préconstruits* » ou encore des mots relevant du « *sens commun* » (Bourdieu, 2005, p. 7). La sémantique de l'intelligibilité des actions présente au contraire, un caractère univoque dans son champ d'usage. Pour notre recherche, nous traiterons les verbalisations des acteurs en mettant à distance, en tant que matériau, les catégories spontanées de l'action. « *Les significations et catégories conceptuelles qui accompagnent les activités, qu'elles soient produites spontanément par les acteurs en situation où à la suite d'interactions avec le chercheur, peuvent tout à fait entrer comme composantes des démarches de connaissances, mais à la condition d'être considérées comme le matériau et non comme l'outil du travail d'intelligibilité* » (Barbier, 2000, p. 97).

3.1.2 Constaté les mécanismes de migration entre ces deux types de lexiques

Cette distinction sémantique est pertinente lorsque l'on prend pour objet les actions humaines dans l'espace de travail. Nous avons en effet été régulièrement confrontés à la nécessité de ne pas reprendre directement les concepts mobilisés par les praticiens, même si ceux-ci présentent un caractère réflexif et choisi. C'est le cas par exemple, des notions de « souffrance au travail », de « développement du pouvoir d'agir », « d'identité professionnelle », mais aussi de « professionnalisation », ou de « sens », etc. Les médecins du travail mobilisent ces concepts en leur attribuant une valeur. Le recours à un lexique d'intelligibilité permet une mise à distance de ces expressions dans la mesure où : « *une partie des problèmes de méthode que rencontre l'étude des comportements au travail réside dans le fait que ce sont ceux qui*

exercent un métier qui le connaissent le mieux et qui fournissent les données de l'analyse (...) ; ceci se traduit par l'insistance à utiliser des mots chargés de jugements de valeur pour parler de son travail » (Hughes, 1996, p. 77).

Cependant, il semble intéressant d'observer les phénomènes de « migration lexicale » pouvant avoir lieu d'une catégorie vers l'autre et, à travers cela, les rapports entretenus par la sémantique de l'action avec le lexique d'intelligibilité. Bon nombre de concepts mobilisés dans des démarches à intention scientifique paraissent en effet faire l'objet d'emprunts et de traduction par les acteurs du monde du travail.

On constate que certains corpus théoriques ont beaucoup d'influence chez les professionnels qui « retrouvent » dans ces concepts scientifiques une partie de ce qu'ils vivent au quotidien : « ça leur parle spontanément ». L'exemple précédemment cité du concept de « pouvoir d'agir » qui trouve son origine chez Spinoza et que le courant de la psychologie historico-culturelle reprend par exemple dans ses travaux est significatif de ce phénomène d'emprunt et de transposition. Plusieurs médecins du travail nous ont en effet signifié que le but de leur travail était de « permettre au salarié de retrouver son pouvoir d'agir ». Un concept conçu pour désigner de façon précise un ensemble de phénomènes du réel, fait ensuite l'objet d'une réappropriation par les acteurs du champ. Cette réappropriation s'accompagne d'un processus de redéfinition et d'une nouvelle attribution de valeur.

Ce type de phénomène incite à opérer une distinction stricte entre les différents univers sémantiques, car si des processus d'interrelations entre les deux univers lexicaux sont compréhensibles (du fait de leur influence sociale), il n'en résulte pas moins que les concepts n'ont pas la même définition ni le même statut dans l'un et l'autre champ sémantique.

3.1.3 Mobiliser un vocabulaire permettant une prise de distance vis-à-vis des cadres habituels de pensée

La mobilisation d'une posture d'« intelligibilité de l'action » est d'autant plus importante dans notre recherche, que celle-ci se donne pour objet les constructions de sens qui accompagnent l'activité du sujet. Les cadres de pensée et d'action des acteurs prennent dans notre recherche, non pas le statut d'outils d'interprétation, mais plutôt d'objets à interpréter. Ainsi, les cadres naturels à travers lesquels les médecins du travail verbalisent leur action, constituent un

matériau pour notre recherche et en aucun cas son cadre conceptuel. En raison de la forte mobilisation et de la connotation positive de la thématique de l'expérience dans la rhétorique professionnelle, s'impose une stricte distinction entre les catégories sémantiques à travers lesquelles les acteurs rendent compte de leurs actes ainsi que des raisons qu'ils leur attribuent, et les catégories d'analyse mobilisées par la recherche.

Notre démarche d'analyse de l'activité de sujet en situation professionnelle est finalisée par l'intention d'appréhender « le travail de l'expérience » à l'aide d'un cadre conceptuel permettant d'élaborer d'autres définitions que celles qui sont produites spontanément à l'occasion des actions. Les catégories de pensée à travers lesquelles les sujets ont conduit leur activité durant la consultation et les catégories à travers lesquelles ils l'ont verbalisée lors du dispositif d'autoconfrontation, constituent le matériau central de notre recherche. Pour en rendre compte, nous pensons qu'il s'agit dès lors de les étudier « sous un jour différent ». Ce que les praticiens nomment « l'accompagnement du salarié » ou encore « reconquérir du sens » relève en réalité du discours qu'ils souhaitent mettre en avant sur leur propre activité d'intervention auprès des usagers.

De la même façon, lorsqu'ils utilisent la notion d'« expérience clinique », c'est toujours pour mettre en avant des capacités censées être caractéristiques des professionnels, et qui marquent la « spécificité » et la « singularité » de leur rôle dans le champ plus large de la prévention de risques.

3.2 Une approche clinique des processus d'élaboration de l'expérience

La dimension clinique de notre recherche relève davantage d'une *posture*, transversale à un ensemble de démarches et de courants de recherche qui prennent pour objet l'activité singulière du sujet que d'une référence à une seule « école » de l'activité. Cette posture de recherche s'inscrit dans une extension de ce que Foucault (1993) nomme « *étude clinique* » au sein de laquelle l'objet du discours scientifique est construit autour des activités du sujet, en tant qu'elles sont singulières. L'objet du discours scientifique devient en ce sens « le sujet » ou « son activité » sans pour autant que les critères de validité scientifique en soient altérés. « *Les critères de généralité qui définissent la science comme le domaine du répétable et du prédictif doivent, dans cette perspective, être revisités* » (Clot, 1999, p. 133). Le caractère singulier des processus mis en objet n'apparaît pas comme un obstacle, mais au contraire comme une dimension à part entière de la recherche scientifique qui nécessite plusieurs aménagements dans les modes de production de connaissances : définition des contours de l'objet de recherche à partir des enjeux des acteurs, modes de recueil et de traitement des données, etc. Cette posture de recherche de type « compréhensive » se définit d'ailleurs moins en rapport avec le type de résultat qu'elle produit que vis-à-vis de ses modes de construction des résultats : « *La clinique ne définit pas un objet scientifique [...], mais un certain régime de production des connaissances* » (Clot, 1995, p. 179).

La posture clinique en recherche, part du principe selon lequel la démarche scientifique peut investir la singularité d'un cas, d'une activité située. La pensée est considérée comme une occurrence significative de l'activité humaine. Le sujet est reconnu dans sa dimension irréductible, mais aussi comme un « informateur pertinent ». Il représente une configuration singulière au sein d'un groupe professionnel ou d'une culture d'activité. Dans ce basculement épistémologique, on retiendra notamment que « *la singularité peut être objet d'étude dès lors qu'on rattache l'intelligence d'une situation à l'unité subjective d'une expérience* » (Clot, 1999, p. 133). L'analyse suffisamment fine d'une activité ou d'un processus singulier, permet de construire des connaissances relatives à une dimension plus universelle des conduites humaines car : « *seule, une étude approfondie d'individus particuliers, dont l'individualité est reconnue et respectée, qui sont considérés en situation et en évolution pour permettre de comprendre ces individus et peut-être par eux, de comprendre l'homme* » (Reuchlin 1969, p.

98). La clinique, en tant que posture scientifique, se donne pour intention d'accéder au sens de la conduite du sujet afin d'établir les fondements de son action, mais aussi ses buts, ses motivations et les obstacles qu'il rencontre. Elle doit « *envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain complet et concret aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les demandent qui tendent à résoudre ces conflits* » (Lagache, 1983, p. 14-15). La posture « clinique » est mobilisée tantôt dans une optique de recherche et tantôt dans une optique d'intervention. Nous adopterons cette posture uniquement à des fins d'intelligibilité des processus humains en cours d'action. Notre interrogation sera double : la connaissance de la singularité est-elle possible, et qu'apprend-on au-delà de l'intelligibilité de l'action d'un sujet singulier qui peut représenter des significations communes, extensibles à d'autres sujets-humains, à d'autres activités humaines ?

La perspective clinique s'avère particulièrement adaptée à l'étude des activités humaines en situation professionnelle : plusieurs courants de l'ergonomie et de la psychologie du travail se sont d'ailleurs approprié une partie de ses principes et de ses méthodes. La clinique regroupe un ensemble de démarches orientées vers une étude approfondie des agents en situation de travail au travers d'une *posture clinique* permettant la production de savoirs centrés « *sur la situation de travail dans sa singularité* » (Leplat, 1997, p. 86).

Plus précisément nous souhaitons nous inscrire dans l'idée selon laquelle la perspective clinique en tant que posture d'intelligibilité est particulièrement adaptée aux démarches scientifiques visant la compréhension des espaces de construction de l'expérience du sujet en situation professionnelle. Nous pensons que ce mode de production de connaissances s'avère particulièrement fécond pour rendre compte dans le cours effectif de l'activité du sujet, des situations au travers desquelles celui-ci apprend, transforme ses cadres mentaux et construit son expérience. La perspective clinique fournit les outils nécessaires à la mise en place d'une forme de démarche scientifique que Wisner qualifiait de « *recherche fondamentale de terrain* ».

3.2.1 Rendre compte de l'expérience de l'acteur à travers une approche centrée sur l'activité et la construction des sujets dans l'activité

Si l'activité humaine (d'une façon située) n'a pas toujours été dans l'histoire des sciences, reconnue comme un objet pertinent, il est possible aujourd'hui de s'inscrire dans une démarche scientifique centrée sur l'analyse de l'activité et des constructions des sujets à l'occasion de cette activité. Nous choisissons de définir l'« activité » en tant que notion centrale de la recherche entendue comme l'« *ensemble des processus par et dans lesquels est engagé un être vivant, notamment un sujet humain, individuel ou collectif, dans ses rapports avec son environnement (physique, social et/ou mental), et les transformations de lui-même s'opérant à cette occasion* » (Barbier, 2011, p. 25). L'activité du sujet est définie comme l'ensemble des procès à travers lesquels un sujet en situation va opérer des transformations au sein de son environnement et les effets de ces transformations sur lui. L'activité d'un sujet est orientée vers des enjeux de transformation de l'espace physique (manipulations opératoires), des conduites d'autres sujets ou encore vers ses propres constructions mentales. L'activité humaine devient un objet d'étude en tant que tel et peut être décrite, analysée et interprétée malgré sa complexité évidente, et ses multiples formes de manifestations. Le projet de rendre intelligible l'activité humaine est en permanence confronté au caractère éminemment parcellaire et hypothétique de cette dernière, mais ainsi que le souligne Pastré (2006, p.20) : « *entre le postulat d'une transparence parfaite et celui d'une obscurité totale, il y a de la place* ».

Il s'agit de sortir des champs d'application traditionnels qui admettent l'opposition classique entre théorie et pratique, pour s'inscrire dans une réflexion selon laquelle : « *l'activité constitue une entrée privilégiée pour la construction progressive d'outils de pensée transversaux à plusieurs champs de recherche/et de pratiques correspondantes* ». (Barbier, Durand, 2003. p. 100). Cette posture scientifique considère que l'activité humaine en situation est un objet commun que l'on peut appréhender dans les conditions particulières de son émergence, de son déploiement et de sa transformation. Les conduites humaines ne peuvent être appréhendées selon le découpage actuel des disciplines, car « *une bonne partie des découpages de l'objet correspondent à des divisions bureaucratiques* » (Bourdieu, 2005, p. 8). Cette posture suppose au contraire de penser l'importation et la rencontre de concepts issus de différentes cultures scientifiques, pour la saisie d'un même phénomène car « *il y a un*

besoin urgent de briser ces barrières conceptuelles de façon à faciliter le croisement des idées, une diversité et une souplesse plus grande des hypothèses » (Dewey, 2006, p. 612). Ce qui nous conduit à proposer la mobilisation d'une pluralité d'outils conceptuels pour rendre compte d'un même processus et d'utiliser plusieurs approches méthodologiques.

Il est possible de considérer qu'au-delà de leurs différences, ce qui rassemble les cultures scientifiques c'est de se donner pour objet « *l'activité humaine dans la diversité de ses conditions d'exercice, dans l'historicité, la singularité et l'inédit de sa survenance, et dans l'unité que lui donne le fait qu'elle est développée par des sujets humains* » (Barbier, Durand, 2003, p. 105). Elles sont toutes confrontées à une même réalité qui est celle de la résistance de l'objet et du réel aux tentatives de compréhension à partir d'une démarche univoque ou monodisciplinaire. Nous choisissons au contraire une démarche qui peut être qualifiée « *d'œcuménisme explicatif ou de pluralisme* » (Jackson, Pettit, 1993, p. 24).

3.2.2 Une approche située de l'expérience à travers l'analyse des activités réelles et singulières du sujet

Pour rendre compte des processus à travers lesquels le sujet réélabore son expérience à l'occasion de son activité, il est nécessaire d'accéder à la dimension effective de l'activité. La communication sur les actions est insuffisante même, si le discours du sujet s'avère très utile dans un second temps en appui à l'analyse. Certes, la saisie des phénomènes relatifs à l'expérience se réalise toujours de façon parcellaire - car on n'accède jamais à l'intégralité des phénomènes -, mais il est nécessaire d'observer les mises en œuvre effectives des actions. Le recueil des matériaux se fera sur les terrains et sur les lieux de la production et du déroulement de l'action, les situations de travail représentant une « *forme de vie sociale* » (Mayen, 2007, p. 54) privilégiée pour l'observation. L'analyse de l'expérience suppose de parvenir à saisir les différentes combinaisons d'activités mises en place par l'acteur, les processus et leur évolution.

Nous prendrons en compte le caractère situé de l'action qui possède deux caractéristiques fondamentales : le couplage structurel action/situation et le caractère socialement, spatialement et culturellement défini de l'activité. En ce sens, le vocable « situé » souligne que « *tout cours d'action dépend de façon essentielle de ses circonstances sociales et matérielles. Plutôt que d'essayer d'abstraire l'action de ses circonstances et de la représenter*

comme un plan rationnel, mieux vaut étudier comment les gens utilisent leurs circonstances pour effectuer une action intelligente » (Suchman, 1987, p. 50). L'action du sujet est toujours unique et non reproductible. La même situation ne se représentant jamais deux fois à l'identique, il y a toujours dans l'action un processus d'ajustement aux différentes occurrences de la situation. Si son architecture générale apparaît *a priori* transposable à une classe de situations, elle présente, quand on l'observe en détail : « *un caractère toujours partiellement inédit* » (Astier, 2003, p. 76). L'analyse de la singularité de l'action n'est pas contradictoire avec la formulation d'hypothèses généralisables à une plus grande variété de situations. Le repérage des phénomènes singuliers et leur analyse permettent de construire des outils générateurs de savoirs permettant d'appréhender les conduites humaines dans une dimension plus universelle.

La notion de situation - et bien plus encore celle de situation professionnelle - prend toute son importance si l'on considère qu'elle constitue la « *portion de réalité* » (Barwise, 1999, p. 14) au sein de laquelle les agents mettent en œuvre leur activité et construisent du sens. Cette notion, en apparence très familière, mérite toutefois d'être définie dans ses différents aspects. La situation est tout à la fois « donnée » et « créée » (Mayen, 1999). Elle possède un certain nombre d'attributs en lien avec l'environnement plus vaste au sein de laquelle elle se déroule (composantes matérielles et symboliques) et du fait qu'elle est toujours créée par le sujet qui s'y engage et poursuit en son sein, un ou plusieurs objectifs. Une des principales caractéristiques de la situation de travail est sa finalisation par des enjeux de production de biens ou de service. La situation répond toujours à une forme de prescription (non forcément explicitée). Elle confère une fonction aux acteurs par un ensemble de règles et de scénarii qui influencent les interactions qui s'y déroulent.

Cependant, les variables et les composantes qui constituent la situation ne sont pas figées. Elles évoluent en permanence et relèvent simultanément de plusieurs dimensions (sociale, cognitive, affective) qui s'interpénètrent. Le caractère évolutif de la situation tient en grande partie au fait que, étant située et singulière, elle ne se répète jamais à l'identique. Le sujet y réalise toujours une « *activité d'ajustement aux conditions spécifiques de la situation* » (Mayen, 2001, p. 24). C'est l'aspect dynamique de la situation qui fait toute la difficulté de son étude pour l'analyste, qui doit rendre compte de ses composantes, mais également de leurs modifications.

Enfin la situation constitue potentiellement une occasion d'apprentissage pour le sujet qui s'y engage, « *un développement des compétences pour des classes de situations et des domaines d'activité* ». (Mayen, 1999, p. 68). Sous certaines conditions, la réalisation d'activités finalisées par un enjeu de production, peut en même temps être porteuse de configurations formatives au travers d'« *un moment d'ouverture et de transit dans le cours d'activité* » (Clot, 1999, p. 69). La situation contient un certain nombre de difficultés ou de problèmes à résoudre, mais souvent également les ressources qui seront utiles pour les dépasser ou les résoudre. L'engagement du sujet dans une activité de problématisation constituera par exemple une occasion de réélaborer une partie des modèles ou représentations qui orientent habituellement son action pour atteindre son but. La situation nécessite l'engagement dans un travail réflexif qui « *relève de la recherche et de l'invention plus que de l'explicitation d'un savoir déjà là* » (Fabre, 2009, p. 8).

3.2.3 Approcher la constitution de l'expérience en analysant la construction conjointe de l'activité et du sujet dans cette activité

L'engagement du sujet dans une activité n'a pas seulement pour conséquence la modification de son environnement, mais également la production de nouvelles « habitudes d'activités ». L'acteur, en même temps qu'il agit, élabore des représentations tantôt relatives à la situation (l'existant) et tantôt relatives à ce qu'il y a à faire dans cette situation (le souhaitable). En agissant sur le monde, le sujet transforme ses représentations du monde et « *produit en même temps des ressources qui vont lui servir à guider et orienter son action* » (Pastré, 2006, p. 110). Ainsi le champ des activités de transformation de l'environnement est indissociable du champ des activités de transformation des sujets, notamment du point de vue des « habitudes d'activités » (Barbier, 2011). Parmi ces habitudes, existent des « *habitudes interprétatives* » (Zeitler, 2006, 2011) à travers lesquelles le sujet interprète la situation dans laquelle il est engagé. L'activité représente à la fois une transformation du monde physique et des sujets à l'occasion de leur action. On observe une dynamique croisée de la « *construction des activités et [de] la construction des sujets humains* » (Barbier, 2006, p. 177). Ce type d'approche permet d'analyser la dynamique de l'activité, en faisant référence aux transformations pouvant survenir chez l'acteur.

Analyser la singularité de l'activité, c'est en même temps comprendre les processus à travers lesquels le sujet élabore son action. Il n'est ainsi pas possible d'envisager une théorie de l'activité, sans une théorie du sujet construisant cette activité. Il est possible de concevoir les espaces traditionnels du travail comme des situations permettant la réélaboration des habitudes d'activités du sujet et donc comme des occasions d'apprentissage. L'espace professionnel, orienté vers une intention de production, peut constituer un lieu où se réalise un ensemble d'apprentissages sans la présence d'aucune intention formative. Il constitue : « *en soi du fait même de son effectuation, une formation au sens où il est le cadre et l'occasion d'apprentissages* » (Astier, 2009, p. 744). En effet, dans bon nombre de cas, le métier s'apprend « sur le tas », sans être enseigné et sans forcément que le professionnel en ait conscience. Les connaissances se construisent ainsi dans une relation entre un sujet et la situation professionnelle. Il est utile de saisir les configurations au sein desquelles un professionnel a plus de chance d'élargir son répertoire d'action pour ensuite éventuellement identifier les régularités du développement en situation professionnelle. Dans le même ordre d'idée, nous soulignons que l'intelligibilité des formes de régularités et des dispositions de ce développement représente un savoir précieux pour le champ de la formation.

Nous partons ici du présupposé selon lequel les professionnels, en dehors de toute formation instituée, développent dans le cadre de leur activité professionnelle des habitudes qui intègrent leur expérience et qui constituent des connaissances utiles pour leur action. La question principale est alors de comprendre ce qui, au sein de l'espace du travail, « *contribue à dessiner des configurations d'apprentissage, des situations potentielles de développement, à ouvrir un espace de jeu qui ouvre des voies pour le développement* » (Mayen, 2001, p. 41). Les phénomènes d'apprentissage ne sont plus l'exclusivité des espaces intentionnellement aménagés pour la formation, mais ceux que l'on réalise sur le lieu de travail lorsque l'on transforme ses habitudes, ses manières d'agir et de penser. Nous porterons plus particulièrement notre attention sur les situations de transformation de l'activité et par conséquent sur les processus expérientiels qui leurs sont associées. La compréhension de l'activité du sujet est orientée par l'intelligibilité de « *ses diverses modalités de réalisation, dans ses fonctions « apprenantes », ou mieux, pourrait-on dire : dans ses fonctions potentielles de développement* » (ibid., p. 11).

3.2.4 Appréhender la réélaboration de l'expérience à travers une théorie de l'émergence et des fonctions de l'activité du sujet

Afin de saisir l'activité dans sa dimension processuelle et itérative, nous en rendrons compte, selon une logique des fonctions et pas uniquement des étapes. Le recours à une approche dynamique des « fonctions » de l'activité nous semble favorable lorsque l'on prend les actions humaines en situation de travail comme objet de recherche et puisque *« l'ordonnement linéaire des activités n'existe que dans les conceptualisations méthodologiques ou professionnelles (...) L'action rationnelle est davantage un discours sur l'activité qu'une réalité »* (Barbier, 2001, p. 312). Le sujet ne réalise pas une activité puis une autre, mais construit de façon concomitante un ensemble d'activités orientées vers son but dans l'action. La logique des étapes ne représente qu'un premier moment de l'analyse de l'activité, qui doit ensuite être remplacée par une logique d'analyse des fonctions. Cette dernière présente l'avantage d'intégrer et renforcer l'idée selon laquelle les phénomènes réels s'élaborent et se réélaborent de façon cyclique et itérative. Les fonctions peuvent être saisies et provisoirement circonscrites, à travers le type d'effet qu'elles produisent et par les évolutions successives qu'elles connaissent dans le cours de l'action.

Analyser l'activité humaine en terme de fonctions correspond à un choix épistémologique, celui de la « multi-plicité » par opposition au « pluriel », car nous privilégierons les « plis » de l'activité : *« le multiple ce n'est pas seulement ce qui a beaucoup de parties, mais ce qui est plié de beaucoup de façons »* (Laplantine, 2005, p. 38). Lorsqu'une conception du « pluriel » se donne pour intention de décrire une juxtaposition d'événements (dans une logique quantitative), le multiple conçoit une interpénétration féconde et évolutive des phénomènes dans une forme de modulation de l'activité. L'activité humaine, entendue en termes de fonctions, ne se conçoit alors plus seulement dans un découpage d'unité d'activités, mais comme composition, dans une dimension polyfonctionnelle de ses actes. Celle-ci est appréhendée comme un mouvement que l'on peut interpréter en terme d'intensité, de rythmicité et donc de modalités.

3.3 Les options de la recherche : un double appui théorique

Les processus de constitution de l'expérience en situation professionnelle constituent un objet de recherche qui nécessite plusieurs ancrages théoriques. Cette transdisciplinarité des concepts mobilisés pour les besoins de notre démarche se traduit par la mobilisation d'outils théoriques issus de différentes traditions scientifiques. Leur rencontre nécessite un certain nombre d'aménagements pour les besoins de leur opérationnalisation. La théorie de l'enquête de J. Dewey, que nous convoquons dans ce travail pour rendre compte des processus mentaux à travers lesquels le sujet s'engage dans une activité réflexive vis-à-vis d'une situation inconnue ou problématique, est ouverte à l'importation de concepts issus d'autres traditions scientifiques.

L'entrée par le « travail de l'expérience » des acteurs suppose la construction d'un cadre théorique doublement référencé, afin de rendre compte à la fois de l'expérience en tant que « processus », mais aussi de son « produit » et de sa possible réélaboration dans le cours de l'action. Pour cela, cette recherche s'appuiera à la fois sur les principes et les concepts proposés par Dewey au sein de sa *théorie de l'enquête* (1938, trad. 2006) et sur les travaux de la psychologie ergonomique relatifs aux représentations pour l'action (Savoyant 1979, Rabardel, 2005). Ce double référencement est particulièrement utile lorsque l'on se donne pour intention scientifique de rendre compte du développement de l'expérience du point de vue de la transformation des « cadres mentaux » des acteurs.

La majeure partie de l'œuvre de Dewey traite de la thématique de l'expérience. Une des notions centrales développées par cet auteur sur cette thématique, et que nous reprendrons dans ce travail est celle d'enquête. C'est, selon Dewey, à travers l'enquête que le sujet devient au fil des expériences qu'il rencontre, un sujet « expérimenté ». Le grand intérêt de sa théorie est de fournir les outils conceptuels nécessaires à l'appréhension de l'expérience en situation « réelle » et « naturelle », c'est-à-dire dans le cours de l'action du sujet. Ce cadre théorique fournit un outil susceptible de rendre compte des processus à travers lesquels un sujet « agissant » devient un sujet « éprouvant » et enfin un sujet « connaissant ». Nous aurons recours à la démarche d'enquête à la fois comme une théorie de l'activité et une théorie de l'apprentissage à l'occasion de cette activité. L'action humaine est ici considérée ici comme un mode de production de connaissances en considérant que la question centrale qu'elle pose est de comprendre « *comment l'enquête peut-elle au cours de son propre développement donner naissance à des règles et à des formes logiques auxquelles les enquêtes ultérieures devront se soumettre ?* » (Dewey, 2006, p. 62).

3.3.1 Un premier appui : la théorie de l'enquête selon Dewey

La théorie de l'expérience proposée par Dewey s'est au départ élaborée au sein d'un collège de pensée que l'on nomme le « pragmatisme américain » fondé par W. James (1842-1910) et qui regroupe de nombreux auteurs, tels que C.S Pierce (1839-1914), G.H Mead (1863-1981), J. Dewey (1859-1952). Si les auteurs parlent de « méthode » pragmatique, il s'agit davantage d'un projet et plus précisément d'une attitude de pensée qui consiste « à se détourner des choses premières, des principes, des « catégories », des nécessités supposées pour se tourner vers les choses dernières, les fruits, les conséquences, les faits » (James, trad. 2007, p. 120). Le pragmatisme se positionne du côté des finalités et des conséquences des idées plutôt que de leur origine. Il s'agit en effet d'insister sur l'idée que les connaissances sont avant tout opératoires c'est-à-dire orientées vers un but à atteindre. La dimension empirique de la connaissance propose de la considérer comme le résultat d'un processus humain continu qui procède par inférence. Il s'agit donc d'affirmer le lien direct entre le « vrai » et l'« utile » : « Un concept, une idée sont des habitudes de croyance, et celles-ci, à leur tour, produisent des habitudes d'action » (Daval, 2001, p. 642). On juge qu'une proposition est juste ou vraie plutôt qu'une autre, en fonction de son résultat et des conséquences opératoires qu'elle induit. Il ne s'agit donc plus de chercher une vérité « authentique », mais de savoir si une proposition apporte une solution ou non à un problème.

La théorie de l'enquête proposée par Dewey s'inspire fortement des options pragmatiques de James et de l'école de Chicago, tout en offrant une vision dite « instrumentaliste » du pragmatisme. Car la question spécifique autour de laquelle il bâtit sa théorie est celle du processus ou de l'instrument spécifique à travers lequel le sujet parvient à construire des connaissances qui alimentent son expérience dans le cours de son activité et à l'occasion de son engagement dans une action.

Selon cet auteur, c'est précisément à travers une démarche d'enquête que l'individu parvient à réélaborer son expérience lors des transactions qu'il établit avec l'environnement de son action. Il définit ces transactions comme « la transformation contrôlée ou dirigée d'une situation indéterminée en une situation qui est si déterminée en ses distinctions et relations constitutives qu'elle convertit les éléments de la situation originelle en un tout unifié » (Dewey, 2006, p. 169). La théorie de l'enquête propose à l'intérieur d'une réflexion plus large de l'auteur sur l'expérience humaine, un modèle riche et fécond pour l'intelligibilité des

situations concrètes de constitution de l'expérience en tentant de comprendre dans quelle(s) mesure(s) et à quelle(s) condition(s) « *l'enquête peut-elle au cours de son propre développement donner naissance à des règles et à des formes logiques auxquelles les enquêtes ultérieures devront se soumettre ?* » (ibid., p. 62).

3.3.1.1 L'origine de l'enquête : une situation « indéterminée »

Dans le cours ordinaire de son activité ordinaire ou de son existence, le sujet entre en relation - plus précisément selon Dewey - en « transaction » avec son environnement afin de pouvoir agir au sein de celui-ci, poursuivre un but, élaborer des stratégies d'action, etc. Cette transaction se réalise de façon continue et dynamique et constitue le cœur de l'activité du sujet, orientée vers un but à atteindre, une intention de transformation du monde pouvant être tout à la fois physique, mentale, ou langagière. Pour y parvenir il mobilise, de façon combinée, un ensemble de ressources qui lui permettront de mener à bien son projet d'action car tout au long de leur activité « *les hommes examinent ; ils font intellectuellement le tour des choses, ils infèrent et jugent aussi « naturellement » qu'ils sèment et moissonnent, produisent et échangent des marchandises* ». (Dewey, 2006, p. 166).

Il arrive cependant que la continuité de cette transaction soit interrompue. Le cours naturel ou habituel de son activité est alors perturbé par une situation incertaine, confuse ou indéterminée dans ses attributs. L'équilibre de la transaction est alors remis en cause par un « événement » marquant une rupture dans l'activité du sujet. La situation devient problématique : une partie de ses composantes résistent à la compréhension ou à l'appréciation de l'agent. Il s'agit alors pour celui-ci de s'engager dans un processus lui permettant de rétablir l'équilibre de la situation et, dans le même temps, la continuité de son activité. La théorie de l'enquête proposée par Dewey rend compte des processus à travers lesquels le sujet parvient à identifier les éléments problématiques de la situation pour se construire une opinion ou un jugement qui lui permettront à nouveau d'agir. C'est pour l'auteur, l'indétermination de la situation qui nécessite de la part du sujet l'engagement dans une activité exploratoire. « *La situation originelle indéterminée (...) est ouverte à l'enquête parce que ses éléments constitutifs ne tiennent pas ensemble* ». (ibid., p. 169). L'enquête est la démarche à travers laquelle le sujet parvient à rétablir un équilibre en rompant avec le caractère opaque de la situation. Elle traduit l'ensemble des opérations à travers lesquelles les individus parviennent dans le cours de l'action, à diriger leurs observations et leurs inférences pour tenter de transformer le matériel incertain de la situation en des composantes identifiables et déterminées.

L'auteur place le concept d'enquête au cœur de sa théorie pragmatique de la connaissance, l'enquête ayant non seulement pour fonction de permettre l'engagement ou la poursuite de l'engagement du sujet dans l'action, mais également la réalisation, à cette occasion, de nouveaux apprentissages. Le sujet accède à la connaissance parce l'enquête lui permet d'agir. On peut parler en ce sens de connaissance « opératoire » qui est susceptible d'être adaptée et complète ou au contraire parcellaire et inadaptée. Le concept d'enquête présente le grand avantage d'être adaptable à une grande classe de situations de la vie humaine au sein desquelles un travail de détermination des composantes d'un problème est nécessaire afin de pouvoir agir car dans cette perspective: « *La façon dont les hommes « pensent » effectivement dénote simplement, selon notre interprétation, les façons selon lesquelles les hommes, à un moment donné, mènent leurs enquêtes* » (Dewey, 2006, p. 168).

L'activité d'enquête constitue une forme anthropologique de la construction de l'expérience. Sa théorie fournit un cadre conceptuel particulièrement adapté pour l'intelligibilité des activités humaines en situations professionnelles. Elle propose un ensemble de repères permettant de rendre compte de l'ouverture, dans l'activité du sujet, de processus réflexifs constituant une suspension momentanée du jugement et une opportunité d'apprentissage.

3.3.1.2 La nature de l'enquête : une pensée « réflexive »

L'ouverture d'une activité d'enquête de la part du sujet, suppose une suspension momentanée du cours habituel de son activité. Même si cette interruption peut être de très courte durée, elle suppose toutefois une requalification de l'environnement ou d'une nouvelle détermination du problème. Requalification et détermination participent d'un processus réflexif. Les procès à travers lesquels le sujet élabore des connaissances lors de son activité, ne s'effectuent jamais de façon spontanée ou automatique, mais supposent au contraire « *un ajournement de l'action immédiate* » (Dewey, 1968, p. 115). Cette suspension active du jugement ne représente donc pas un arrêt de la pensée, mais au contraire l'engagement dans un procès réflexif. Il se caractérise par une investigation minutieuse et raisonnée des composantes de la situation dans la mesure où « *le sujet ne peut construire son savoir qu'en perdant ses illusions en problématisant le monde de l'expérience quotidienne* » (Fabre, 2009, p. 84). La pensée réflexive s'apparente ici à un travail exploratoire permettant de sortir du doute et de la confusion pour parvenir à retrouver un équilibre qui se traduit par un réajustement de l'expérience du sujet aux caractéristiques de son environnement. La démarche d'enquête

s'oppose au mode de conduite immédiate et stéréotypée. Elle représente au contraire un « *examen prolongé et précis d'une croyance ou d'une forme hypothétique de connaissances, examen effectué à la lumière des arguments appuyant celles-ci, et des conclusions auxquelles elles aboutissent* » (Dewey, 1968, p. 19).

Ce qui confère à l'enquête son caractère réflexif selon Dewey, réside également dans ses modes de déroulement et de réalisation. Il s'agit en effet d'une démarche instrumentale marquée à la fois par sa continuité et par sa progression régulière vers un but à atteindre pour le sujet dans une situation donnée. C'est à travers une série de propositions intermédiaires que le sujet progresse dans son travail d'enquête : « *c'est l'effort cumulatif et continu qui donne à la connaissance sa signification générale* » (Dewey, 2006, p. 65). La notion de continuité est essentielle : c'est seulement grâce à elle que la progression de l'enquête se déroule à travers un processus contrôlé, mais aussi cumulatif. Il faut passer par une série de propositions ou de suggestions intermédiaires avant de pouvoir déboucher sur une conclusion satisfaisante car c'est « *à travers une série de significations intermédiaires, (que l'on) atteint enfin une signification qui convient plus clairement au problème, l'idée originelle est trop vague pour déterminer des opérations décisives* » (ibid., p. 29).

L'acte de pensée réflexif est considéré ici comme une investigation censée permettre au sujet de franchir un obstacle, de surmonter un problème posé par la situation ou encore d'en déterminer ses attributs. À l'origine de l'enquête, se situe une situation douteuse, confuse ou problématique pour laquelle le sujet ne dispose pas de réponse immédiate, mais au sein de laquelle il doit pourtant agir. Le but est pour lui de « *découvrir le problème qui se pose* » (Dewey, 2006, p. 176-177). En cela, Dewey reprend à son compte, une proposition classique de la pensée pragmatique selon laquelle il ne peut y avoir d'apprentissage qu'à la condition de franchir un obstacle ou une difficulté car « *le monde ne devient un objet de connaissance que lorsqu'y apparaît quelque chose de problématique – des éléments de doute ou d'indétermination, une inhibition des processus naturels, un blocage de l'action (...) ou d'un défaut d'ajustement de l'organisme et l'environnement* » (Mead, 1932, p. 131). Tout l'enjeu de l'enquête va être précisément de construire le problème de façon satisfaisante, d'en délimiter les contours et d'élaborer des propositions pour le dépasser.

3.3.1.3 L'occasion de l'enquête : agir dans une situation « douteuse », « incertaine » ou « problématique »

C'est précisément parce que le réel résiste au sujet, c'est-à-dire lorsque la situation devient douteuse ou indéterminée, que celui-ci s'engage dans une série d'opérations visant à convertir

cette instabilité ou cette incertitude en une situation déterminée dans ses attributs, où il est à nouveau possible d'agir. C'est donc pour répondre à un problème posé par la situation que le sujet s'engage dans une activité d'enquête : « *Que l'unité se désagrège, que l'équilibre se rompe, il appartient à l'homme de reconstituer l'équilibre et l'unité, pour ce, l'homme dispose de l'enquête* » (Dewey, 2006, p.20).

Il est possible de considérer le caractère confus ou incertain de la situation comme une épreuve ou une situation-problème, face à laquelle le sujet va devoir mettre en place un ensemble de stratégies afin de poursuivre son action. Nous pouvons considérer l'activité d'enquête comme une activité de problématisation : un processus à travers lequel le sujet tente de construire l'espace du problème, d'en déterminer la source ainsi que les moyens par lesquels il est possible d'y répondre. La notion de problème peut être entendue comme : « *le constat précis d'une décoordination du savoir : des faits qu'on n'arrive pas à expliquer ou inversement, une théorie qui ne trouve pas sa traduction dans les faits. Le problème exprime une énigme, signale un échec ou une controverse* » (Fabre, 2009, p. 81). Une situation problématique présente un écart à combler entre des composantes du réel et les moyens que le sujet mobilise habituellement. On parle alors d'une connaissance insatisfaisante ou incomplète pour agir ou de phénomènes qui résistent. Le problème constitue une épreuve, un obstacle à franchir face auquel le sujet doit se construire les ressources suffisantes afin de le qualifier, pour ensuite le résoudre.

La théorie de l'enquête a l'intention de traduire l'ensemble des mécanismes à travers lesquels le sujet invente et crée une réponse adaptée. L'enjeu principal pour le sujet confronté à une situation de ce type est donc avant tout de : « *découvrir les problèmes qui se posent* » (Dewey, 2006, p. 36). Il convient alors de s'intéresser aux connaissances mises en œuvre pour définir les contours du problème, c'est-à-dire *l'espace de recherche*. Un problème n'est pas donc pas considéré comme ce qui empêche l'activité humaine, mais au contraire comme un événement susceptible d'ouvrir un espace de pensée réflexive qui permet d'atteindre un but : « *il y a les problèmes que le sujet élabore et qui ouvrent un avenir de pensée ou d'action* » (Fabre, 2009, p. 10).

Comme nous venons de le voir, la démarche d'enquête constitue pour Dewey le processus à travers lequel un sujet confronté à une situation problématique ou insuffisamment déterminée, va s'engager dans un processus de recherche dont il pense pouvoir retirer des solutions concrètes pour mener à bien son action. Pour cela, l'auteur identifie plusieurs composantes du processus d'enquête.

3.3.1.4 Le processus d'enquête et ses « étapes » selon Dewey

L'activité de recherche se décompose pour Dewey, selon une succession d'étapes qui constituent un « *schème commun de l'enquête* » (Dewey, 2006, p. 165), une démarche générique pour un ensemble de situations dans lesquelles un sujet est confronté à une situation de déséquilibre. Il s'engage dans une activité de recherche et de détermination des éléments constitutifs du problème qui comporte cinq étapes :

- 1) L'émergence d'une situation indéterminée ;
- 2) L'institution d'un problème ;
- 3) L'élaboration d'une « suggestion » ou d'une « idée » (solution suggérée) ;
- 4) L'expérimentation de la suggestion ;
- 5) Concordance de la suggestion et formation d'une opinion.

3.3.1.4.1 L'émergence d'une situation « indéterminée », « problématique » ou « incertaine »

L'enquête débute par l'apparition d'une contradiction, d'un déséquilibre dans la situation qui la rend confuse ou incertaine pour l'acteur. Si ce déséquilibre est parfois considéré comme l'antécédent de l'enquête, il fait néanmoins partie intégrante du processus en tant que tel. L'activité d'enquête du sujet commence par l'identification du caractère problématique de la situation. Il s'agit d'établir rapport actif avec le problème qu'il rencontre. Le problème est tout à la fois objectivement présent dans la situation, mais également éprouvé par le sujet, ces deux caractéristiques sont consubstantiellement liées : « *on se trouve en présence d'une difficulté à résoudre (...) lorsqu'une nouveauté nous surprend, nous sommes dans un état de grand embarras* » (Dewey, 2004, p. 99-100). Cette difficulté n'est pas vécue passivement par le sujet. Il fait l'épreuve du doute et du déséquilibre que ce soit « *dans les défauts d'adaptation de moyens à un but (ou) dans l'identification du caractère d'un objet* » (ibid). Dans tous les cas, la situation est ouverte à l'enquête dans la mesure où les éléments qui la composent, ne tiennent plus ensemble et sont déséquilibrés. Cette première étape de la démarche se poursuit par l'institution à proprement parler du type de problème, de ses composantes et caractéristiques.

3.3.1.4.2 « L'institution du problème »

La seconde étape de l'enquête consiste à définir, localiser et établir le type de difficulté que le sujet rencontre dans la situation : « *On institue le problème, le localise, le définit et l'énonce* »

(Dewey, 2004, p. 101). Cette deuxième étape a un caractère tout à fait central puisque la définition de l'espace du problème est la première étape vers la résolution : « *découvrir ce que sont le ou les problèmes qu'une situation problématique pose à l'enquête, c'est être bien avancé dans l'enquête* » (Dewey, 2006, p. 173). Il s'agit de mettre en évidence à la fois le type de confusion ou d'indétermination ainsi que les causes de ce trouble. Cette deuxième phase de l'enquête se traduit concrètement par la réalisation d'une série d'observations et d'inférences, menées de façon systématique et progressive, qui vont permettre de caractériser les composantes du problème, ses attributs et ses causes.

Il s'agit d'opérer une « suspension active » du jugement en ne fournissant pas de conclusion hâtive et en s'engageant au contraire dans un travail progressif « *qui doit permettre de fixer la nature du problème, avant qu'aucune tentative soit faite pour le solutionner* » (Dewey, 2004, p. 102). Il s'agit donc pour le sujet de ne pas précipiter la formulation de son jugement et de son opinion, en tenant compte au contraire des indices parfois contradictoires qui sont présents dans la situation. Une fois seulement cette étape de recueil de l'information effectuée, le sujet peut s'engager dans une opération d'élaboration d'une ou plusieurs suggestions de résolution de problème.

3.3.1.4.3 L'élaboration d'une « suggestion »

La troisième phase de l'enquête consiste à élaborer une ou plusieurs « suggestions » permettant de déterminer la situation lorsque celle-ci est incertaine, ou apportant une solution possible à un problème lorsque la situation est problématique. Les notions de « suggestion » ou « d'idée » sont définies dans cette théorie comme « *des conséquences anticipées (des prévisions) de ce qui arrive quand certaines opérations seront effectuées (...) l'anticipation de quelque chose qui peut arriver ; elle marque une possibilité* » (Dewey, 2006, p. 174). Le statut de la suggestion dans la démarche d'enquête a pour fonction de proposer un élément de réponse, une solution qui permet au sujet, dans le cours de l'action, de relier les éléments présents aux éléments manquants ou déficients. La construction de cette suggestion dépasse la prise en compte des indices immédiatement disponibles dans la situation en proposant des solutions qui anticipent une transformation attendue de la situation. Dans son acception pragmatique, cette notion de suggestion est proche de celle de « projet d'action ». « *Ce sont des propositions et des plans pour agir sur des conditions existantes* » (Dewey, 2006, p. 178). Elles constituent à la fois l'anticipation d'une transformation attendue de la situation, finalisée par l'intention de mettre en œuvre un ensemble de moyens susceptibles déterminer la

situation. Les idées ou suggestions chez Dewey désignent en même temps « *une solution satisfaisante possible* » et l'idée de leur potentialité « *opérative et fonctionnelle* » (ibid., p. 175). Cette suggestion qui est entendue comme une solution possible doit cependant faire l'objet d'un test et nécessite d'être expérimentée avant de conclure sur son caractère opératoire.

3.3.1.4.4 L'« expérimentation » de la suggestion

L'expérimentation de la suggestion élaborée, se réalise à travers une série de tests et d'évaluations censées mesurer son degré de pertinence et d'adéquation vis-à-vis de trois types d'indicateurs : sa cohérence vis-à-vis des paramètres pris en compte dans la situation et du type de conséquence qu'elle induit ; son niveau d'efficacité vis-à-vis des composantes et des caractéristiques du problème rencontré ; enfin son degré d'efficience vis-à-vis du but à atteindre. C'est à travers cette étape de l'enquête que le sujet parvient à ne retenir que la suggestion la plus opératoire selon lui pour le type de problème à traiter. Il s'agit pour de « *développer des supports ou, plus techniquement, des implications d'une idée en tenant compte du problème donné (...) Il apporte un appoint à la solution suggérée* » (Dewey, 2006, p. 177). Cet examen minutieux de la ou des suggestions émises se réalise en fonction de deux paramètres : le rapport entretenu par cette suggestion aux autres suggestions possibles, le rapport entretenu par cette suggestion avec d'autres suggestions qui sont déjà apparues dans le passé ayant joué un rôle décisif dans la résolution des enquêtes précédentes. Cette quatrième étape de la démarche d'enquête consiste ainsi à déterminer à travers une série d'expérimentations intermédiaires la ou les suggestions les plus pertinentes pour retrouver un équilibre dans la situation et ainsi atteindre le but que l'acteur s'est fixé : « *les idées (ou suggestions) qui représentent des solutions possibles sont éprouvées ou prouvées* » (Dewey, 2006, p. 178). La suggestion finalement retenue par le sujet est selon lui, celle qui comporte « *le maximum de force possible* » (ibid.) vis-à-vis de la nature problématique de la situation.

3.3.1.4.5 Concordance d'une suggestion et la « formation d'une opinion »

L'examen des différentes suggestions envisageables, qui a eu lieu durant la précédente étape de l'enquête, aboutit à la production d'une solution possible de résolution du problème ou de détermination de la situation. L'enquête prend fin quand les suggestions ou propositions ont été suffisamment corroborées et qu'elle lui permet de « *conclure pour ou contre* » (Dewey, 2004, p. 105). Cette étape est considérée comme la formulation d'un jugement final se

rapportant aux « *objets concluants qui émergent de l'enquête en tant qu'objets apportant une conclusion* » (Dewey, 2006, p.188). Si l'expérimentation de l'idée ou suggestion proposée s'est révélée concluante, la formulation d'un jugement peut alors avoir lieu. Il apporte une solution à un problème, il est efficace dans la mesure où il permet de convertir la situation en un tout unifié.

La démarche d'enquête permet de déboucher sur une construction du réel qui permet de qualifier et de répondre au besoin de la situation. On parle d'« assertibilité » de la situation, dans la mesure où la « vérité » ou la « connaissance » correspond dans cette théorie à l'aboutissement de l'enquête. Elle se traduit par « *l'établissement d'une situation existentielle objectivement unifiée* » (Dewey, 2006, p. 169). La notion d'opinion est synonyme de celle « *de jugement pratique* » (ibid., p. 232) puisque son rôle est de proposer des modes ou des manières possibles d'agir ou d'opérer : « *ce sont des propositions et des plans pour agir sur des conditions existantes de façon à amener de nouveaux faits à la lumière et organiser tous les faits choisis en un tout cohérent* » (ibid., p. 178.). Enfin, la formulation de cette opinion a pour principale caractéristique de permettre une requalification de l'environnement en le rendant plus stable, c'est-à-dire de nouveau adéquat à l'action du sujet. Alors que la situation indéterminée était à la fois « *déficiente et surabondante* » (ibid., p. 279), la formulation du jugement ou de l'opinion sert à n'en retenir que les éléments indispensables.

3.3.1.5 Le but de l'enquête

La théorie de l'enquête caractérise une démarche de pensée chez l'acteur qui lui permet de transformer une situation obscure, incertaine, désordonnée en une situation cohérente, unifiée et stable où l'individu peut de nouveau agir. Il s'agit de mettre en lumière les opérations à travers lesquelles le sujet parvient à transformer une situation problématique et incertaine en un espace où il est à nouveau possible d'agir et de conduire une action.

C'est précisément quand le problème est résolu que l'on peut dire que la situation est « *si déterminée en ses distinctions et relations constitutives qu'elle convertit les éléments de la situation originelle en un tout unifié* » (ibid., p. 169). Lorsque le sujet au terme de l'enquête parvient à restaurer l'unité de la situation, on peut dire alors que celui-ci a accompli une démarche de connaissance : « *ce qui termine d'une façon satisfaisante l'enquête est, par définition, connaissance* » (...) *l'assertibilité garantie est synonyme de croyance et de connaissance* » (ibid., p. 64). Derrière ces préférences lexicales, nous pouvons toutefois envisager l'enquête comme théorie permettant de rendre compte de l'activité à travers laquelle le sujet parvient à déterminer la situation qui se présente à lui afin d'être de nouveau

« prêt à agir, en pensée et en acte » (ibid.). Le but de l'enquête est de produire une connaissance et un savoir « sur » et « dans » la situation, mais aussi « pour » l'action, puisque cette connaissance doit constituer un moyen d'action « *une potentialité plutôt qu'une actualité* » (ibid. p. 65). Le but ultime de l'enquête est de construire ou de réélaborer ces potentialités qui sont très également désignées comme des habitudes d'activité.

3.3.1.6 Le produit de l'enquête : la transformation des « habitudes » du sujet

À travers le concept d'habitude Dewey caractérise ce que nous pourrions aujourd'hui nommer l'ensemble des « cadres de pensée et d'action » qui assurent la continuité de l'expérience et son développement lorsque ses cadres de pensée sont amenés à se transformer à l'occasion d'une enquête. C'est à travers ce processus de réélaboration permanente des habitudes d'activité que l'enquête constitue une démarche de construction de l'expérience. Elle est orientée vers la détermination de la situation et, en même temps, elle est productrice de futures habitudes qui seront à disposition du sujet pour reconnaître les traits semblables d'une nouvelle situation ou d'un nouveau problème.

Les habitudes fonctionnent comme des possibilités d'activités, suffisamment génériques et donc transposables d'une situation à une autre. C'est un ensemble de « *façons d'agir (qui) représentent des modes d'action possibles* » (Dewey, 2006, p. 352). Il ne s'agit pas de concevoir la notion d'habitude comme un stock de réponses disponibles, mais plutôt comme un ensemble de cadres de pensée et d'action qui émergent dans le cours de l'activité du sujet. Ils lui suggèrent des manières de penser et d'agir. Les habitudes ont pour principale fonction de permettre à l'acteur de mettre en lien des éléments construits dans les enquêtes précédentes avec les éléments construits dans la situation en cours dans la mesure où elles « *provoquent et dirigent les opérations ultérieures de l'observation (car) ce sont des propositions et des plans pour agir sur des conditions existantes de façon à amener de nouveaux faits à la lumière et organiser tous les faits choisis en un tout cohérent* ». (ibid., p. 178).

Elles constituent des moyens efficaces et économiques, mobilisables en situation. Il s'agit pour l'acteur d'« *avoir des cadres conceptuels sous la main, préparés à l'avance pour les utiliser quand des occasions réelles se présentent, (...) a à avoir des outils prêts, au lieu de devoir se les procurer quand on en a besoin* » (ibid., p. 204). Les habitudes représentent aussi des instruments de problématisation qui, en tant que « *propositions conditionnelles contingentes* », peuvent être appréhendés à travers des relations de type « *si...alors* » (ibid., p. 387). Elles forment des possibilités de résolution pour une classe de problèmes ou, plus exactement, pour un « *genre* » (ibid., p. 335) de situations problématiques. Ce sont des outils

pour organiser les conditions expérimentales à travers lesquelles le matériel existant va être transformé pour parvenir à une situation stable, unifiée et résolue, des « *moyens de production d'une situation donnée, par le moyen des transformations du matériel problématique antécédent produit par les opérations auxquelles elles donnent une direction* » (ibid., p. 554). Par ailleurs, les habitudes assurent la continuité de l'expérience du sujet, la présence du passé dans le présent c'est-à-dire dans le flux de la situation en cours. Leur principale caractéristique, après leur caractère opératoire, est donc de pouvoir survenir dans l'activité du sujet « *en l'absence des objets auxquels elles se réfèrent* » (ibid., p. 379). Les systèmes de représentations qui orientent l'enquête établissent pour cela des connexions entre les occurrences particulières de la situation et d'autres objets et/ou événements, de façon à ce qu'ils constituent « *une série temporelle, une histoire* » (ibid., p. 302). Il ne s'agit plus de concevoir la notion d'habitude comme un stock de réponses disponibles, mais plutôt comme un ensemble de processus continus qui apparaissent dans le cours de l'activité du sujet. Ces manières de penser et d'agir que Dewey nomme « *habitude* » sont susceptibles d'être réélabores au cours de l'activité d'enquête, car on constate que : « *les habitudes sont en permanence en train de se contrecarrer, de se modifier les une des autres, et de se renforcer* » (Garreta, 1999, p. 61). La théorie de l'enquête s'inscrit dans l'idée selon laquelle le vécu de l'activité occasionne un ensemble de transformations chez le sujet qui se traduisent notamment par des reconfigurations d'habitude d'activité. L'enquête apparaît ainsi à la fois comme une activité permettant de transformer la situation en un tout « *unifié* » et « *déterminé* », mais relève également et dans le même mouvement d'un processus de construction des connaissances et donc d'apprentissage. Elle constitue un mode anthropologique de production de connaissance dans le sens où : « *elle est susceptible de contribuer à l'émergence de nouveautés dans l'expérience (...) d'aboutir à créer et élargir des connaissances et capacités pour rétablir la continuité et vivre des expériences ultérieures de qualité* » (Mayen, 2009, p. 768).

La dimension « *constructive* » de l'enquête, en fait une théorie de constitution de l'expérience à l'occasion de l'activité selon laquelle « *une personne, ou plus génériquement un organisme, devient un sujet connaissant en vertu du fait qu'il s'engage dans les opérations de l'enquête contrôlée* » (Dewey, 2006, p. 630). Comme cette connaissance se réalise dans et à travers la transformation des habitudes d'activités, nous entendrons ici les phénomènes d'apprentissage comme une « *transformation d'habitude d'activité faisant l'objet d'une attribution de valeur par le sujet concerné et/ou par son environnement social* » (Barbier, 2011, p. 32). Cette

transformation fait l'objet d'une valorisation (qui n'est pas forcément explicitée) lorsque le sujet est à même d'agir de façon différente dans les nouvelles situations qu'il rencontre et de définir l'espace du problème à l'aide de nouveaux outils. L'enquête, en assurant la transformation et le renouvellement des habitudes, constitue une occasion d'apprentissage.

Plusieurs travaux s'inspirent de cette théorie pour montrer les processus de transformation des habitudes d'activités du sujet à l'occasion de son activité professionnelle. Les travaux de Zeitler montrent notamment la construction de nouvelles « *habitudes interprétatives* » (Zeitler, 2011) chez les enseignants débutants et qui constituent selon l'auteur de nouvelles capacités chez le sujet pour interpréter les situations futures. C'est la possibilité pour le sujet de repérer de nouveaux faisceaux d'indices dans une situation d'enseignement considérée sous son aspect dynamique.

Nous proposons d'étudier les processus selon lesquels l'activité d'enquête menée par le médecin du travail lui permet de réélaborer ce que nous nommerons ses « habitudes d'orientation de l'action de prévention ». Pour cela, nous importons au sein de la théorie de l'enquête le concept « *d'orientation* » qui, bien qu'issu d'une tradition scientifique différente, présente l'intérêt de pouvoir être associé à celui d'habitude tel que nous venons de définir. Il faut donc analyser le rôle des « représentations pour l'action » au sein de l'expérience du sujet.

3.3.2 Un second appui : les représentations pour l'action et le concept d' « orientation »

Les caractéristiques à travers lesquelles Dewey définit la notion d'habitude ont plus récemment été travaillées au sein de plusieurs courants scientifiques, à travers l'emploi de différents concepts scientifiques, ayant cependant pour intention commune de caractériser les cadres ou modèles mentaux qui guident ou orientent l'action du sujet en situation de travail.

3.3.2.2 La notion de « base d'orientation »

Le rôle des modèles dans l'activité du sujet constitue également l'objet des travaux de Galperine (1966) qui propose, pour désigner ce phénomène le concept de « *base d'orientation* » qui sera plus tard repris par Savoyant (1979). Pour l'auteur, les phénomènes psychiques ont surtout été étudiés du point de vue de leurs résultats, de leurs effets dans l'action ; or, les processus à travers lesquels le sujet organise son action demeurent encore largement méconnus et le courant de la psychologie rationaliste les considère soit comme des réflexes mécaniques, soit comme des épiphénomènes, selon le principe de la boîte noire. Galperine propose au contraire de centrer l'analyse sur les processus psychiques à travers lesquels un sujet établit une interaction avec l'extérieur. Il s'empare de cette proposition afin d'analyser « *les stades du passage de l'extérieur vers l'intérieur (...) l'apparition des diverses formes d'activité orientatrice et leur influence sur la qualité des actions matérielles* » (Galperine, 1966, p. 168). Il insiste sur la dimension non observable de l'activité du sujet, en distinguant trois types d'opérations humaines selon la fonction qu'elles remplissent dans l'action :

- Les *opérations d'orientation* qui assurent l'analyse des composantes et des conditions de l'action, notamment à travers « *le repérage des propriétés de l'objet de l'action et la mise en rapport de ces conditions et propriétés avec les opérations d'exécution et de contrôle qu'elles déterminent ainsi que leur processus d'accomplissement (leur ordre de réalisation)* » (Savoyant, 1979, p. 23).
- Les *opérations d'exécution* qui constituent les opérations de transformation en acte de l'environnement physique et qui assurent donc les transformations effectives de l'objet de l'action.

- Les *opérations de contrôle* à travers lesquelles l'opérateur réalise une analyse du déroulement de son action, notamment par l'observation des transformations et des évolutions successives de la situation.

L'apport significatif des travaux de Galperine, à travers cette distinction, consiste à mettre en avant la place centrale occupée par les opérations d'orientation. Selon l'auteur, de la réussite des opérations d'orientation va dépendre l'efficacité de l'action globale de l'acteur, ce qui l'amène à définir l'action du sujet comme « *la faculté d'exécuter mentalement une activité objective quelconque, une transformation normative, orientée vers le but des objets sur le plan de l'esprit* » (Galperine, 1966, p. 169). On constate une extension du vocable « orientation » qui désigne ici un travail complexe d'analyse de la situation, puis de construction et de sélection d'indicateurs considérés comme des points de repère (établissement de rapports entre différents indicateurs) nécessaires à l'activité et dont ils assurent finalement la planification puis le contrôle. Les opérations d'orientation qui relèvent de l'analyse de la situation sont au cœur de l'activité du sujet en situation de travail. Ce sont ces modes d'action qui donnent à l'activité sa direction, son orientation spécifique et concrète en fonction du but à atteindre. Mais pour cela, il s'agit d'identifier et de reconnaître la situation dans laquelle le sujet se trouve engagé. C'est pourquoi la notion de « base » est utilisée par l'auteur. Elle désigne un système élaboré dans l'expérience du sujet lui permettant de caractériser la situation au sein de laquelle il évolue, car en ce sens, la question : « *dans quelle situation je me trouve* », souligne le rôle des opérations d'orientation dans l'activité » (Mayen, 2001, p. 33)

L'introduction de la notion d'orientation dans l'analyse de l'activité du sujet vise à mettre en évidence que la partie observable ou visible de ces actions ne correspond qu'à une des dimensions de cette activité. La base d'orientation sera considérée comme efficace pour une classe de situations données, si elle permet au sujet d'identifier la situation en retenant ses caractéristiques pertinentes vis-à-vis du but à atteindre. Une des dimensions majeures de l'activité des opérateurs est de se construire « *un système de représentation pour agir efficacement dans ces situations et des conceptualisations qui organisent ces représentations* » (Mayen, 2007, p. 60).

Les apports de la psychologie soviétique (notamment : Galperine, 1966) ont ouvert plusieurs champs de recherche qui, malgré leurs différences théoriques investissent tout l'aspect

fonctionnel ou opératoire de ce qu'il est courant de nommer aujourd'hui dans la démarche ergonomique les « représentations pour l'action ».

3.3.2.3 Les notions de « représentation-modèle » et de « représentation-locale »

Précisons dans quelle mesure le concept de représentation pour l'action intègre ce que Rabardel nomme, en référence aux apports de la psychologie soviétique, « les instruments psychologiques » du sujet. Il s'agit, bien entendu, de distinguer ce type d'instruments des instruments techniques que le sujet mobilise dans le cours de son action de transformation de l'environnement. Il s'agit aussi de concevoir les instruments comme un ensemble d'outils composé de symboles et de signes qui « *permettent non seulement la régulation et la transformation du milieu externe, mais aussi la régulation par le sujet de sa propre conduite et de la conduite des autres* » (Rabardel, 1993, p. 99). Lorsque le sujet s'engage dans une action, il n'est pas dans une relation immédiate avec son environnement, mais médiatisée par une représentation. Il est possible d'identifier trois pôles sans cesse en interaction dans l'activité du sujet : un premier pôle qui renvoie au sujet lui-même en tant que sujet agissant (l'opérateur ou l'acteur), un second qui désigne l'objet vers lequel l'action du sujet est dirigée (transformation en acte de l'environnement, espace physique, matière réelle) et, enfin, un troisième pôle qui constitue le moyen de l'action. L'auteur définit une relation ternaire dans l'activité du sujet : le rapport entre le sujet et son objet dans l'action se réalise à travers la médiation de sa représentation-instrument de l'action.

La représentation constitue une interface entre les ressources dont dispose déjà le sujet (connaissances précédemment construites) et l'entité fonctionnelle construite dans la situation. L'instrument sur lequel s'appuie le sujet représente à la fois des composantes circonstancielles et des composantes *structuro-organisationnelles* qui renvoient à des schèmes d'action. On parle alors de « *la nature mixte de l'instrument subjectif* » (Rabardel, 2005, p. 256). L'intérêt de ce modèle est de préciser le double caractère de ces représentations pour l'action. La mobilisation de la représentation comme instrument de son activité par l'opérateur nécessite en effet de considérer celle-ci comme recoupant à la fois l'élaboration de représentations internes du sujet et l'élaboration des caractéristiques de la dynamique situationnelle en présence. *Deux niveaux représentatifs* intègrent les représentations pour l'action : « *les représentations locales (ou circonstancielles) et les représentations modèles* » (Rabardel, 1993, p. 116).

Les « représentations locales » sont singulières et liées à l'action en cours, aux processus et aux composants à l'œuvre dans la situation actuelle. Ces représentations prennent effectivement en compte les occurrences significatives de la situation en cours, c'est-à-dire les données pertinentes pour le sujet par rapport au rôle qu'il souhaite y jouer. La représentation particularisée ou occurrente est relative à des existants et n'est donc pas détachable de l'action singulière en cours.

Les « représentations modèles » sont au contraire, beaucoup moins dépendantes de l'action en cours, puisqu'elles constituent un modèle de référence mobilisable dans une large classe de situations, à travers un processus d'abstraction et de généralisation de l'action d'une situation à une autre. Ces représentations présentent l'intérêt d'être mobilisables dans un ensemble de circonstances et donc d'assurer la continuité de l'activité du sujet. Elles émergent dans le cours de l'action, sous la forme de fonctionnalités susceptibles de réduire l'incertitude du sujet face à une large classe de situations. Elles constituent un moyen ou « *une condition de l'adaptation fine de l'action à la singularité des situations* » (Rabardel, 1993, p. 131). Les représentations modèles proposent au sujet des modes de qualification et de traitement de la situation qui opèrent comme des possibilités fonctionnelles d'organisation de l'action. La représentation modèle se caractérise par le fait qu'elle est mobilisable non pas seulement dans des situations singulières, mais dans une famille de situations et/ou d'actions relevant des mêmes composantes d'activités. Elle constitue « *une potentialité dont dispose le sujet* » (Rabardel, 2005, p. 260) pour faire face à un ensemble de situations quotidiennes, sans toutefois que le flux et l'équilibre de son intervention soient contrariés ou remis en cause.

Il est possible de distinguer deux types de rapports entretenus dans l'activité du sujet, entre la représentation-modèle (R.M) et la représentation-locale (R.L). Rabardel (1993, 2005) montre, en effet, comment ces deux représentations sont doublement articulées quand l'opérateur s'engage dans une action de transformation du monde. Une première forme de mise en lien se situe dans le processus classique d'actualisation de la représentation-modèle à travers la production d'une représentation occurrente ou locale. Une seconde qui se situe dans le sens inverse, de la représentation-locale en direction de la représentation-modèle.

Dans le sens R.M \Rightarrow R.L, cette mise en lien se réalise dans l'activité quotidienne du sujet, selon un principe d'actualisation du modèle. Comme nous l'avons vu plus haut, ces instruments sont très généraux afin d'être applicables à une large classe de situations. Mais ils nécessitent pour être adaptés et particularisés à une situation précise, l'articulation avec les

occurrences spécifiques de la situation. C'est ce rapport établi avec la représentation circonstancielle qui va permettre au modèle de prendre en compte les particularités et spécificités de la situation et de l'action en cours, afin d'atteindre l'objectif poursuivi. Cette mise en lien se réalise en effet toujours dans un processus opérationnel et finalisé vis-à-vis des buts poursuivis par l'opérateur.

Dans le sens R.L \Rightarrow R.M, cette mise en lien se réalise tout d'abord au travers d'un processus d'abstraction des composantes pertinentes pour une classe de situations. Mais elle comporte surtout un processus de généralisation permettant d'étendre l'éventail des situations pouvant être traitées et donc auxquelles la représentation modèle peut s'appliquer.

Ce second processus semble particulièrement intéressant à étudier en tant que phénomène expérientiel, car c'est lorsque la représentation locale propose des informations qui ne sont habituellement pas prises en comptes au sein du modèle, que ce dernier est amené à évoluer.

Il arrive en effet que la représentation modèle soit mise à l'épreuve lorsque la représentation locale produite par le sujet dans la situation fait apparaître des éléments nouveaux ou qui ne sont pas habituellement considérés comme justes et/ou nécessaires. Si le rôle des représentations locales dans le cours de l'action, consiste habituellement à permettre l'actualisation du modèle aux besoins spécifiques de la situation, il arrive également que cette activité ne puisse se réaliser, car les éléments occurrents apparaissent contradictoires avec ce modèle. La procédure habituelle ne peut donc plus être mobilisée dans la situation actuelle. Ce décalage est source de déséquilibre pour le sujet, car il fait apparaître une contradiction entre certains éléments de la représentation occurrente avec une ou plusieurs propositions qu'il considérait jusqu'à présent comme vraies et utiles car : « *Les décalages vont jusqu'à la contradiction entre représentation et action* » (Rabardel, 1993, p. 13). Face à cette contradiction et afin de poursuivre son action, le sujet doit alors opérer un ensemble de modifications de ce modèle. Pour les besoins du processus de conceptualisation dans l'action, l'opérateur élabore un nouveau modèle prenant en compte de nouvelles informations émergentes issues de la représentation locale.

C'est ce processus qui participe, selon l'auteur, à la transformation de ses représentations pour l'action dans la mesure où « *l'activité représentative circonstancielle alimente ainsi les processus d'abstraction et de généralisation, source de la constitution des représentations modèles* » (ibid., p. 117). Lorsque l'opérateur ne parvient pas à mettre en relation les éléments de la tâche en cours avec d'autres caractéristiques précédentes, cette réélaboration du modèle initial peut se dérouler à l'insu des acteurs, sans qu'ils en soient conscients. Ce mécanisme de transformation des représentations initiales constitue un « *processus de genèse instrumentale* » (Rabardel, 1993, p. 125).

Nous pensons que les processus de micro-genèse instrumentale définis par Rabardel, constituent un apport heuristique pour la compréhension des phénomènes d'apprentissages et de constitution de l'expérience de l'acteur en situation professionnelle. Le modèle proposé s'avère en effet utile pour analyser les processus d'adaptation du sujet aux différentes situations ou différents problèmes qu'il rencontre à l'occasion de son activité professionnelle. Mais surtout, il est utile pour construire une intelligibilité des processus de développement des représentations pour l'action. Les travaux de la psychologie ergonomique que nous venons d'étudier, fournissent un ensemble de propositions conceptuelles adaptées à l'analyse des transformations des habitudes qui orientent l'action du sujet et qui concourent au développement de son expérience dans et par l'activité.

3.3.3 Leur opérationnalisation : un cadre théorique doublement référencé

La construction d'un cadre théorique doublement référencé nous permet de produire des analyses et des interprétations de l'activité dialogale du médecin du travail, ainsi que des processus expérientiels à l'occasion de cette activité. Le paradigme de l'enquête proposé par Dewey devait être complété par le cadre théorique des représentations pour l'action, pour être opérationnalisé dans l'analyse des matériaux empiriques de notre recherche. La théorie de l'enquête, en raison de son caractère très général, est ouverte à la convocation d'autres outils théoriques.

La théorie de l'enquête constitue, un modèle adapté pour décrire les processus expérientiels qui se réalisent chez le médecin pendant la consultation avec le salarié, mais également pour rendre compte de l'élaboration de son expérience à l'occasion de cette rencontre. Cet outil théorique permet de caractériser les processus mis en œuvre lors de l'activité d'exploration de la situation professionnelle du salarié (dans une intention de prévention des risques liés au travail) par le médecin du travail. Il permet aussi de caractériser les processus d'apprentissage qui peuvent avoir lieu à l'occasion de son action de prévention. Cette théorie nous fournit par ailleurs un modèle de problématisation efficace pour décrire ce type d'activité professionnelle qui relève de l'investigation et de la recherche d'informations pour agir sur autrui. Elle présente l'intérêt de définir précisément ce type d'activité et de caractériser les processus qui lui sont sous-jacents, de clarifier « *les opérations qui interviennent dans la sélection du matériau de l'enquête en rejetant ce qui ne convient pas et en acceptant ce qui semble pertinent* » (Fabre, 2009, p. 49). La théorie de l'enquête représente ainsi un modèle transposable à toutes les situations au sein desquelles un sujet s'engage dans un véritable travail de *problématisation* à travers lequel un sujet construit l'espace du problème c'est-à-dire : « *sur l'activité de détermination des problèmes plus que sur la seule résolution des problèmes déjà construits* » (ibid.).

Le modèle théorique de l'enquête permet d'identifier les processus à travers lesquels le praticien remet en question les acquis de son expérience lorsqu'il se constitue une *expérience de l'expérience d'autrui* pour connaître. Cette démarche de détermination de la situation d'autrui n'a en effet pas seulement comme conséquence de produire des informations utiles

pour prévenir les risques liés à l'exercice de son travail. Elle participe également à élargir le champ de connaissance du praticien.

La théorie de l'enquête, en plus de constituer un modèle d'intelligibilité de l'activité exploratoire du médecin, constitue un outil pour saisir les phénomènes à travers lesquels il peut devenir de plus en plus expérimenté ou connaissant tout au long de sa vie professionnelle.

Cependant, opérationnaliser la théorie de l'enquête de J. Dewey nécessite selon nous, d'importer d'autres concepts issus par exemple de la psychologie afin de permettre l'exploitation des matériaux recueillis. La puissance du concept d'enquête proposé par Dewey réside dans son caractère universel et généralisable à un ensemble de situations humaines car « *Dewey n'a pas voulu écrire une logique achevée, mais tracer une voie, ouvrir un chemin pour une logique de l'expérience, qui réponde aux besoins du monde et de la science moderne* » (Deledalle, 2006, p. 9). Mais cela nécessite en retour, qu'en fonction du type d'activité que l'on souhaite explorer et du mode de production de connaissance que l'on souhaite réaliser, de construire les indicateurs concrets, et les hypothèses de travail spécifiques à chaque objet d'étude.

Il nous semble heuristique opérationnaliser dans notre corpus la notion d'habitude en lui conférant le même statut que celui de base d'orientation proposé par Galperine et défini par Savoyant, en conservant le caractère dynamique et émergent que le vocable « habitude » induit.

Le type de phénomène dont nous souhaitons rendre compte dans ce travail peut être désigné à travers la transformation de ce que nous choisissons de nommer les « habitudes d'orientation de l'action de prévention » du médecin du travail. En conférant à l'habitude la fonction d'orientation de l'action, il est en ce sens possible de caractériser l'ensemble des « *constructions de sens survenant chez un sujet en situation d'action liant les représentations qu'il se fait de cette situation et les représentations anticipatrices et finalisantes de celle-ci* » (Barbier, Thievenaz, 2012). Cette notion ainsi définie, permet d'intégrer l'univers psychique plus global que l'on nomme les cadres de l'expérience du médecin. C'est à travers ces cadres, à l'interface de la pensée et de l'agir, que le praticien construit le problème, l'identifie, le caractérise, et propose ensuite des propositions d'actions et de résolution.

Afin d'analyser dans quelles conditions le sujet est amené, dans le cours de son action, à réélaborer les habitudes qui orientent son action, nous nous appuyons sur le processus de micro-genèse proposé par Rabardel et défini plus haut. Ce modèle nous permet de conduire notre analyse des transformations des habitudes d'orientation du médecin du travail selon trois étapes :

- 1) D'abord la réalisation d'hypothèses sur l'habitude d'orientation initialement activée par le praticien en début de consultation avec le salarié (dans son contenu et dans sa forme hiérarchisée) ;
- 2) Ensuite la réalisation d'hypothèses sur la représentation locale ou circonstancielle construite par le médecin, lors et pour les besoins de la rencontre avec le salarié) ;
- 3) Enfin la réalisation (si c'est le cas) d'hypothèses sur un nouveau potentiel d'orientation, éventuellement généralisable et transposable dans les enquêtes ultérieures.

On peut en effet poser plusieurs hypothèses concernant les différents types de représentations construites chez le professionnel dans le cours de l'entretien⁵ en élaborant à chaque fois des indicateurs pour analyser la présence d'habitudes d'orientations ou encore de représentations en cours d'émergence ou d'actualisation (cf. Tableau synthétique ci-dessous).

⁵ Nous renvoyons pour cela le lecteur aux options méthodologiques de ce travail.

Hypothèses réalisées sur le type de processus représentationnels à l'œuvre			
	<i>Habitude d'orientation initiale</i>	<i>Représentation locale</i>	<i>Nouvelle habitude d'orientation</i>
Indicateurs langagiers renvoyant à une d'habitudes d'orientation	« je le sais de ce que j'écoute de ce que me disent les intermittents » « on a bien des schémas en tête, on a quand même une petite idée du métier » « je le sais parce que j'ai demandé plusieurs fois » « c'est un problème que j'ai eu dans d'autres cuisines » « de mémoire, je me souviens »	« ce que je remarque c'est qu'il a un excellent esprit d'analyse » « moi je pense : lui il va dans le mur » « je vois qu'il a un bon esprit d'analyse » « là une idée en entraîne une autre » « là je lui pose la question parce que je ne comprends pas, j'ai besoin de savoir pour ma culture générale et pour lui » « ça se voit de la façon dont elle le dit » « On sent bien que c'est, hyper important »	« Ça fait trois ans que je m'en occupe ça ne m'était pas venu à l'idée qu'il faut avoir le permis poids lourds » « je n'avais pas imaginé qu'elle lui demande des choses en direct » « si plus tard, il y a des difficultés avec lui (...) je ressortirais cette idée »

Tableau 1. Exemple partiel d'indicateurs langagiers à partir desquels nous inférons les différents types de processus représentationnels du médecin du travail

L'opérationnalisation des concepts auxquels nous nous référons, suppose trois types d'ajustements de propositions théoriques.

En premier lieu, cette opérationnalisation suppose de concevoir l'organisation de l'habitude d'orientation initiale comme intégrant deux types de systèmes de représentations : un système portant sur la nature de la situation ou du problème et un système portant sur ce qu'il y a faire dans la situation. Si ces deux espaces psychiques fonctionnent de façon simultanée dans l'action préventive du médecin, il nous semble judicieux pour leur analyse de les distinguer au moins momentanément. Pour chacune de ces deux dimensions, nous avons à partir des matériaux recueillis, construit sept indicateurs informationnels. Nous faisons l'hypothèse que cette habitude d'orientation a été construite au travers de l'expérience du médecin et que celle-ci est plus ou moins généralisable pour une classe de salariés rencontrée.

Ensuite, il s'agit de repérer la construction d'une représentation locale ou particularisée à partir des informations construites dans l'action. Dans ce but, nous avons élaboré des propositions simplifiées de la représentation locale, construite dans la situation singulière qui se présente au praticien. Cette représentation s'organise au travers des mêmes indicateurs et nous avons également repéré les objets d'enquête pour chaque type d'informations construites. Cette représentation est transitoire, car fortement dépendante des représentations concurrentes construites pour cette situation singulière et individuelle. Nous faisons l'hypothèse qu'elle est construite à partir des informations obtenues et construites dans le cours de l'action.

Et enfin, pour analyser les processus de transformation de l'habitude et de ses éléments constitutifs, nous avons élaboré des propositions simplifiées concernant les éventuelles formes symboliques nouvelles construites lorsque : 1) la représentation circonstancielle vient enrichir l'habitude initiale d'éléments qui seront ultérieurement « réinvestissables » et transférables d'un cas à l'autre ; 2) la représentation circonstancielle nécessite un réaménagement de l'habitude, dans la mesure où ce qui était auparavant tenu pour vrai et nécessaire, ne peut plus l'être ; 3) la représentation circonstancielle s'oppose intégralement à la valeur même de l'habitude d'orientation (et celle-ci n'est plus opérante).

Nous reprenons les mêmes indicateurs que ceux qui sont utilisés pour l'habitude initiale, en repérant pour chacun de ces critères leur forme spécifique de transformations (modifications, suppression, enrichissement). Nous la définissons comme *un nouveau potentiel d'orientation de l'action de prévention* chez le médecin du travail. Nous attachons la plus grande attention à ce type de réorganisations qui passent souvent inaperçues dans le cours de l'action (surtout lorsque l'enquête parvient à rétablir un équilibre dans la situation de façon rapide) car elles interviennent directement dans le développement de l'expérience du sujet. Nous souhaitons montrer que ce sont ces transformations qui participent directement, au fur et à mesure et au fil de l'activité, à la réélaboration de l'expérience.

Propos d'étape 3

La mise en objet des processus à travers lesquels un sujet élabore son expérience nécessite de mettre à distance les cadres spontanés de pensée et de verbalisation de l'action en mobilisant un « *lexique d'intelligibilité* » (Barbier, 2000). Il s'agit d'opérer une mise à distance des catégories naturelles à travers lesquelles les acteurs rendent spontanément compte des phénomènes liés à la construction de leur expérience. Afin de comprendre les processus et les formes à travers lesquelles un sujet est amené à réélaborer ses habitudes à l'occasion de son action, il est nécessaire de recourir à une *entrée par l'activité* qui privilégie une approche transversale de l'objet. Le but est d'observer l'activité dans sa dimension effective et en situation réelle de travail, et pour cela il convient de convoquer plusieurs types d'outils conceptuels. Une attention particulière est accordée au caractère situé et singulier de l'activité dialogale du médecin, en privilégiant une étude approfondie de son organisation et de ses fonctions.

La théorie de l'enquête (Dewey, 2006), en plus de proposer un outil d'intelligibilité de l'activité d'exploration du médecin du travail lors du face à face avec le salarié, permet de rendre compte des phénomènes à travers lesquels le praticien élabore progressivement son expérience à cette occasion. Cette théorie constitue un appui conceptuel adapté pour rendre compte des activités mentales à travers lesquelles le médecin du travail parvient à transformer les habitudes qui orientent son action de prévention. Il s'agit également de préciser la nature de ces habitudes d'activité en convoquant le concept d'orientation de l'action élaboré par Galperine (1966) et développé par Savoyant (1979, 1995, 2006).

Nous avons mis en évidence la possibilité d'appréhender la réélaboration de l'expérience à travers la transformation des habitudes d'orientation de l'action du professionnel, à la fois dans leur historicité, et dans le caractère processuel et itératif des fonctions.

Chapitre 4 Observer et analyser le dialogue comme support de « l'enquête » du médecin du travail (Le cadre méthodologique et la conduite de la recherche)

En nous appuyant sur les principes et les méthodes proposés par l'ergonomie et la psychologie du travail, nous postulons que les activités mentales du sujet en situation professionnelle peuvent être inférées à partir des verbalisations des acteurs. Le cadre et le dispositif méthodologique que nous avons construits dans cette recherche visent à analyser l'activité dialogale du médecin du travail en situation réelle et à réaliser, à partir de la structure et du contenu des unités d'activité langagières, un certain nombre d'hypothèses relatives aux processus qui orientent son action.

4.1 Les options méthodologiques

Nous partons du postulat selon lequel l'activité humaine peut s'analyser de façon méthodique à partir du moment où l'on considère que celle-ci « *se réalise dans des activités spécifiques que l'on peut distinguer les unes des autres suivant leur motif* » (Savoyant, 1979, p. 18). Ces analyses dépassent les descriptions ou les spéculations traditionnelles produites sur le travail, et optent pour une démarche compréhensive de l'activité en situation réelle.

4.1.1 Un appui sur les méthodes et les principes de l'analyse du travail

Les discours généraux tenus sur le travail ne permettent pas de rendre intelligible l'activité des agents et n'entraîne qu'une compréhension déformée de celle-ci. Pour appréhender l'activité humaine en situation réelle « *le détour par l'analyse de l'activité s'impose* » (Clot, 1999, p.135). Il ne s'agit plus d'observer l'activité humaine d'une façon distanciée, dépouillée de ses buts et du contexte dans lequel elle se produit, mais au contraire de proposer à la fois une modélisation de la situation de travail et une interprétation des activités mises en œuvre

par le sujet dans cette situation. Les méthodes de recherche ergonomiques procèdent à travers deux étapes. D'abord la réalisation d'une analyse de la prescription, que l'on appelle « l'analyse de la tâche » (de Montmollin, 1991, Leplat, 1997). Cette analyse consiste à identifier les buts poursuivis pour le professionnel, les procédures attendues, les ressources dont il dispose, et tout ce qui encadre le travail. Puis dans un second temps, l'analyse de l'activité des opérateurs : observation des actions réellement mises en place par les professionnels pour atteindre le ou les but(s) qu'ils leur sont assignés. Une attention particulière est accordée à l'observation du déroulement effectif du travail afin de proposer des interprétations sur les modes d'émergence et d'organisation des actes posés. Seule une analyse approfondie des activités réalisées peut permettre l'accès à la compréhension des ressources qui organisent ces activités.

L'analyse psychologique du travail met ainsi en jeu trois aspects fondamentaux : le sujet (qui est ici un professionnel), la tâche à réaliser, et l'activité. Analyser le travail consiste alors à analyser les formes d'interactions entre ces trois dimensions. L'activité est réalisée en fonction de la tâche prescrite, en fonction des ressources déployées par le sujet, mais également de la façon dont il redéfinit la tâche. Comprendre le travail c'est produire des interprétations sur ce qui relève du système de connaissance permettant au sujet d'organiser ses actions en référence aux exigences de la tâche.

Les différentes écoles de l'analyse de l'activité proposent à partir de ces principes fondateurs, un ensemble de dispositifs qui s'articulent généralement selon trois étapes : 1) d'abord identifier l'environnement, les modes de prescription du travail et l'expérience du travail telle que vécue par ses acteurs ; 2) ensuite le recueil des traces de l'activité du professionnel en cours d'action, c'est-à-dire dans la situation de travail et la mise en place d'un dispositif de retour sur l'activité au sein duquel le sujet-professionnel est invité à « *mettre en débat* » (Clot, 1997, 2008) son activité à destination d'une autre personne ; 3) enfin la mobilisation d'une ou de plusieurs méthodes d'analyse des données recueillies qui permettent une interprétation « armée » qui prend également comme point d'appui les verbalisations du professionnel.

4.1.2 Un intérêt particulier pour l'activité dialogale du sujet

Nous centrons notre analyse sur une des composantes de l'activité du médecin que constitue son activité dialogale lors de sa consultation avec le salarié. Si la dimension conversationnelle de son travail n'englobe pas l'ensemble des tâches que ces préventeurs réalisent, elle nous paraît toutefois constituer « l'activité critique » (Pastré, 2011) de leur travail. Le dialogue représente à la fois le principal moyen pour conduire leur action de prévention et pour développer leur expérience. L'analyse de l'activité dialogale permet selon certaines conditions, de faire émerger les cadres de pensée des médecins ainsi que leurs transformations dans le cours de leur action avec le salarié si l'on admet le principe que « *la structuration du dialogue présente un certain homomorphisme avec la structuration du raisonnement du sujet* » (Mayen, 1997, p. 37). Les interactions verbales ne sont plus seulement à entendre dans leur fonction expressive. Elles renvoient à une structuration et à un développement de la pensée des agents ce qui permet d'« *étudier les liens entre communication et cognition* » (Lacoste, 2005, p. 53).

L'activité dialogale n'est donc pas seulement appréhendée ici comme une forme d'expression ou de socialisation, mais « *en même temps que son rapport à l'autre, elle fonde et structure son rapport au monde* » (Kerbrat-Orecchioni, 2006, p. 51). Les énoncés qui sont produits en situation de face à face lors de la visite médicale sont mutuellement déterminés. Nous attribuerons ainsi au dialogue une place centrale dans l'analyse, en l'étudiant comme une activité en soi, et non simplement comme une activité qui accompagne une autre. Envisager le dialogue professionnel comme une activité à part entière, revient à lui conférer les mêmes caractéristiques que celles qui sont attribuées aux autres activités professionnelles : « *considérer la communication dans le travail comme une tâche revient à conférer aux tâches de communication un statut identique à celui des autres tâches* » (Mayen, 1997, p. 41).

Nous avons conduit l'analyse de façon classique, en deux temps : d'abord, l'analyse de la tâche et ensuite l'analyse de l'activité dialogale. L'analyse de la tâche de dialogue avec le salarié est restreinte à la définition du but de l'interaction et des principales caractéristiques de la tâche. Nous avons essentiellement précisé le but global de l'interaction et les buts plus spécifiques qui se sont construits au fur et à mesure de la redéfinition de la tâche par le médecin du travail. Une des spécificités de la tâche de communication est que ses buts « *sont*

en même temps construits dans l'interaction et négociés en permanence avec les participants » (Kerbrat-Orecchioni, 2006, p. 80). Nous avons donc analysé le processus de redéfinition des buts de l'interaction au fur et à mesure du déroulement du dialogue.

4.1.3 L'analyse de l'activité dialogale selon les principes de l'analyse du travail

En attribuant à l'activité dialogale le statut de tâche à part entière, nous pouvons conduire son analyse en nous appuyant sur les principes de l'analyse du travail. Il est possible selon nous d'inférer une partie des activités mentales du praticien à partir de l'analyse de ses échanges avec le salarié durant la consultation : « *l'analyse de l'action pour mettre en évidence la cognition est (avant tout) une analyse du dialogue* » (Mayen, 1997, p. 44). Notre démarche d'analyse s'appuie pour cela sur un certain nombre de présupposés qu'il nous semble important de préciser.

Tout d'abord, l'activité dialogale du médecin peut-être observée dans son contexte habituel de réalisation et à l'occasion *d'échanges ordinaires*, dans des consultations courantes, ne faisant pas l'objet d'une configuration particulière. On accorde alors la plus grande importance à la place du quotidien dans l'activité dialogale des médecins. « *Le travail ordinaire est, pour le moins, le terrain par excellence (...) où l'imprévu se répète* » (Clot, 2006 p. 173). L'activité du médecin s'exerce avant tout « *dans le dialogue et par le dialogue* » (Mayen, *ibid*). Nous avons donc analysé cette activité dans la succession des séquences qui la constituent. Le dialogue est étudié dans son architecture ou son organisation globale, c'est-à-dire à travers l'ensemble des séquences qui le composent. Nous avons pris le parti de retranscrire et de traiter de façon systématique l'intégralité du corpus des échanges tels qu'ils se sont effectivement déroulés. Enfin, l'analyse de l'activité dialogale s'avère indissociable de la prise en compte du *cotexte*, c'est à dire de l'environnement au sein duquel se dialogue est produit. Nous avons identifié systématiquement le *script* qui conditionne la structure des échanges et les éléments historiques (degré de connaissance, passif avec l'entreprise ou le salarié, etc).

4.2 La conduite de la recherche

Le déroulement d'une recherche est une succession de microdécisions qui, peu à peu, construisent la démarche d'ensemble. Si l'étude vise la production de savoirs et s'efforce de répondre à des critères scientifiques, les choix méthodologiques ne sont pas établis dès le départ. Ils relèvent davantage d'une construction progressive faite d'aller-retours, d'essais et d'ajustements. La place de la subjectivité n'est pas considérée comme un écueil dans la mesure où sont énoncés les choix opérés et les biais qui peuvent en résulter. L'argumentation et la justification des choix que nous avons effectués se révèlent indispensables pour contrôler la production des données.

Notre démarche s'est déroulée en trois étapes : 1) Les recherches documentaires, et la revue de littérature sur la pratique de médecins du travail ; 2) Les entretiens exploratoires à partir desquels nous avons formulé les contours de notre objet de recherche ; 3) L'analyse de l'activité dialogale des médecins du travail durant la consultation médicale avec le salarié.

4.2.1 Le travail documentaire et l'étude des documents prescripteurs

La médecine du travail est au centre de l'actualité sociale en raison de son interface entre le monde du travail et le monde de la santé. Elle fait l'objet de nombreuses réflexions ou commentaires dans de multiples espaces de débats (journaux, rapports ministériels, témoignages, ouvrages de vulgarisation...). Devant cette profusion d'informations, nous avons dans un premier temps réuni un ensemble très hétérogène d'écrits portant sur l'activité de médecin du travail : revues professionnelles et syndicales, rapports d'enquêtes parlementaires et ministérielles, sites Internet et blogs, documentation et outils destinés aux professionnels, ouvrages de témoignages, etc. Nous poserons au moins trois constats concernant la documentation recueillie :

1) La grande majorité des écrits portant sur la médecine du travail se réfère plus ou moins explicitement (en faisant plus ou moins l'amalgame) à la problématique de la souffrance au travail. La percée foudroyante de ce cette notion entraîne une grande majorité de remarques et de commentaires qui interrogent le métier de médecin du travail avant tout du point de vue des T.MS⁶ et des risques psycho-sociaux.

⁶ Troubles musculo-squelettiques

2) La littérature disponible sur le champ de la médecine du travail est principalement une littérature évaluative ou d'opinion. La grande majorité des documents que nous avons pu réunir répondent en effet aux questions : « qu'est-ce qui ne fonctionne pas dans le champ de la santé au travail ? »; « à qui et/ou à quoi peut-on imputer les causes de ce dysfonctionnement ? », ou encore : « quelles sont les solutions possibles pour remédier à ce problème et optimiser cette pratique professionnelle ? ».

3) Au sein de ces écrits, la migration des concepts d'une littérature à l'autre, rend parfois difficile son identification. Nous avons en effet observé de nombreux phénomènes d'emprunts réciproques et de circulation des concepts entre les travaux scientifiques et les écrits professionnels. Réciproquement, bon nombre de notions pour l'action, plus ou moins définies par les acteurs, sont réappropriées par le chercheur sans que cela fasse l'objet d'une mise à distance ou de précautions particulières. Nous avons enfin pu observer que les travaux scientifiques ou académiques relatifs à ce champ d'activité mettent très rarement à distance les cadres de pensée et de verbalisation des acteurs, en reprenant à leur compte plusieurs concepts d'action tels que « souffrance », « pouvoir d'agir », « expertise », « harcèlement », « intimidation », etc. La plupart des écrits académiques sont prescriptifs ou idéologiques et il n'est pas rare de constater que la première argumentation s'inscrivant dans une tradition scientifique, vient légitimer un discours idéologique.

La documentation relative au champ de la médecine du travail paraît ainsi relever bien souvent de ce caractère mixte où les intentions pour l'action et pour la compréhension des phénomènes sont employées indifféremment. Toutefois, cette première revue très générale des littératures existantes sur le champ de la médecine du travail nous a permis de circonscrire l'environnement général d'action des professionnels : les représentations sociales du métier, les objets de contestation, l'affichage de certains rapports de force, la cartographie des principaux acteurs, les reproches qui leur sont les plus fréquemment adressés, les aspects économiques et politiques, etc.

Mais l'identification de l'environnement socioprofessionnel et de la fonction de ces praticiens ne nous renseignait que partiellement sur le but de leur activité. Il était nécessaire de caractériser exactement la tâche qui leur est prescrite, ce que l'on attend d'eux d'un point de vue légal. Nous avons donc analysé d'une façon générale les documents prescripteurs visant à « *orienter les actions, c'est-à-dire à définir ce qu'il faut faire pour répondre aux exigences d'une tâche* » (Leplat, 2004, p. 195).

Ce concept peut être appliqué ici aux textes législatifs présents dans le Code du travail, car s'ils ne relèvent pas tout à fait d'instructions techniques ou de modes d'emploi, ils constituent pour les médecins du travail les documents de référence qui répondent à la question : « *qu'est-ce qui doit être fait dans des conditions données pour obtenir un certain résultat* » (Leplat, 2004, p. 196). Il convient de rappeler que l'activité du médecin du travail est avant tout une obligation légale à laquelle doit se soumettre l'employeur et qui est définie dans le Code du travail et précise ce dont il a la charge vis-à-vis de la loi. Or, ce type de document est essentiellement un artefact symbolique « *dont le but est d'influencer l'activité de ceux auxquels ils sont destinés, ou plus précisément, d'imposer une certaine direction à leur activité, en fixant des buts et des procédures* » (Mayen, 2002, p. 226). C'est la loi qui établit l'organisation relative à l'aménagement des services médicaux du travail, au mode de financement de ces services médicaux, au rôle du médecin du travail et à son statut à l'intérieur de ces services, aux moyens légaux qui doivent être mis à sa disposition pour réaliser sa tâche, ou encore aux obligations de l'entreprise vis-à-vis du médecin du travail.

Les textes législatifs prescripteurs de l'activité du médecin du travail, définissent ce qui est attendu d'un point de vue légal de la part de ces praticiens. Chaque mot et la façon dont il est employé sont importants et significatifs. Par exemple, le Code du travail, définit l'activité de ces praticiens dans un rôle « *exclusivement préventif* » (Art. L. 4622-2 à 4) au sein de l'entreprise. Lors des entretiens, nous avons pu observer une référence permanente à cette notion que certains qualifient d'ambiguë ou, au contraire considèrent comme significative de leur statut. L'étude des documents légaux nous a fourni un lexique de base nous permettant de comprendre la référence que les professionnels font à la mission qui leur est confiée et éventuellement, de pouvoir réagir à notre tour, pour approfondir telle ou telle notion.

Le recueil des verbalisations des acteurs au sujet de leurs actes et de leur environnement professionnel qui constituent le « cœur » de leur activité, les stratégies qu'ils déclarent mettre en œuvre, ainsi que les difficultés qu'ils rencontrent etc., a constitué été la deuxième étape de notre travail.

4.2.2 Les entretiens exploratoires et la construction de l'objet de recherche

Pendant la phase exploratoire de notre recherche, nous sommes allé à la rencontre des acteurs ; nous avons rédigé plusieurs « rapports d'étonnements » à propos de ce que nous avons pu observé dans les services et recueillir comme discours. Le but principal était de recueillir « *les perceptions, les états affectifs, les jugements, les opinions, les représentations des individus, à partir de leur cadre personnel de référence et par rapport à des situations actuelles* » (Van der Maren, 2004, p. 312).

La constitution de l'échantillon ne s'est pas effectuée *a priori*, mais en fonction des différentes étapes de notre réflexion et surtout, selon un critère de faisabilité, en fonction des personnes ressources qu'il nous a été possible de rencontrer. C'est à travers des vagues successives de collecte d'informations que s'est constitué l'échantillon raisonné de notre phase exploratoire. Le principal critère de constitution était de retenir les acteurs en fonction de « *leur capacité de fournir un matériel inducteur d'hypothèse* » (Van der Maren, 2004, p. 320). Un autre critère a été celui de l'accessibilité du terrain, la possibilité ou non de parvenir à rentrer en contact avec les médecins et à obtenir un rendez-vous.

Si toute recherche comporte des tentatives plus ou moins fructueuses de prise de contact durant la démarche exploratoire, en ce qui concerne cette recherche la dimension de faisabilité fut particulièrement importante.

La prise de rendez-vous s'est révélée une tâche particulièrement difficile. Nous avons mis en place plusieurs stratégies de façon simultanée, pour obtenir des rendez-vous téléphoniques, et ensuite un entretien. Cette difficulté est liée aux relations souvent complexes qu'entretiennent les médecins du travail avec les autres acteurs qui composent leur environnement professionnel. Plusieurs praticiens nous ont répondu par la négative en expliquant oralement qu'ils « *vivaient fréquemment des situations de non-retour et d'arrêt des discussions avec leur direction* » et que nous pouvions en déduire que, dans ces conditions, ce type de rencontre ne pouvait avoir lieu. Ces professionnels ont l'habitude de travailler seuls et leur activité est tenue au secret. La prise de contact et l'obtention d'un rendez-vous a pris en réalité plusieurs mois durant lesquels nous avons eu plusieurs échanges avec chacun d'eux avant de pouvoir les rencontrer sur leur lieu de travail et procéder à des entretiens de type semi-directif.

4.2.2.1 La réalisation d'entretiens semi-directifs

L'entretien semi-directif nous est apparu être adapté à la phase exploratoire de cette recherche car il permet la production d'un discours le plus spontané possible du professionnel au travers d'une « *mise en scène libre de ce que cette personne a vécu, ressenti, pensé à propos de quelque chose* » (Bardin, 2007, p. 92). Nous avons conduit les entretiens à partir d'une trame globale des thèmes à aborder sans les « *canalis[er] par un grand nombre de questions précises* » (Quivy, Campenhoudt, p. 195). Nos questions restaient donc ouvertes en essayant au maximum de n'induire « *ni les réponses, ni les relations qui peuvent exister entre elles* » (ibid., p. 184). Les dispositions générales qui ont guidé la conduite de nos entretiens peuvent se décliner ainsi :

- une attention particulière portée aux contacts préliminaires à l'entretien ;
- l'énonciation des buts et des objectifs poursuivis dans l'entretien ;
- l'adoption d'une posture compréhensive pour rendre la situation la moins asymétrique possible, considérer plutôt cet échange d'une façon « *proche de la conversation entre deux êtres égaux* » (Kaufmann, 1998, p.49) ;
- donner l'occasion au sujet de valider en cours d'entretien ce que nous pensions comprendre et interpréter de ces propos, en demandant parfois aux professionnels une nouvelle explication. Un des principaux critères de validité des informations recueillies était que le professionnel « *donne lui-même son accord au contenu et à la forme de ce que l'intervieweur en retient* » (Van der Maren, 2004, p. 316).

Du point de vue technique, nous avons procédé en trois étapes pour chaque entretien. D'abord l'enregistrement audio de l'entretien, ensuite la retranscription intégrale de chaque entretien (en veillant scrupuleusement à inscrire dans le corps du texte les hésitations, les silences, les reprises qui font partie intégrante du texte). Et enfin, le codage systématique et la catégorisation du contenu des entretiens selon une analyse thématique classique. Nous avons réalisé 19 entretiens, qui constituent le matériau empirique exploratoire de cette recherche auprès de cinq types différents de médecin du travail :

- cinq médecins du travail exerçant dans des services autonomes (trois des cinq entreprises sont de taille très importante, chacune comportant plusieurs milliers de salariés, les deux autres sont de taille moyenne) ;
- quatre médecins du travail au sein de différentes S.S.T. en milieu urbain (répondant aux normes classiques : taille, nombre de médecins, nombre de salariés suivis) ;

- sept médecins du travail au sein de deux S.S.T. en milieu rural (répondant aux normes classiques : taille, nombre de médecins, nombre de salariés suivis) ;
- un médecin du travail « coordinateur » au sein du principal S.S.T. d'une grande agglomération (la spécificité de sa fonction est d'exercer en tant que médecin du travail, et d'assurer également un rôle de coordinateur avec les autres praticiens et de médiateur avec la direction du service et son Conseil d'Administration) ;
- et enfin deux médecins du travail responsables dans un hôpital d'une consultation spécialisée sur la souffrance au travail.

Nous avons réalisé des entretiens en nous donnant pour objectif de leur proposer une occasion de communication sur ce qui constitue pour ces médecins le cœur de leur pratique (les activités spécifiques qu'ils conduisent, les stratégies qu'ils mettent en place, les outils dont ils disposent ou qu'ils se créent) et sur « *des contradictions, des tensions, des conflits, des cahots, des ruptures et des circularités* » (Van der Maren, 2004, p. 312) inhérentes à leur activité. Notre champ d'investigation était ainsi très large. Il nous semblait utile, durant cette phase exploratoire, ne pas replier notre questionnement sur un empan particulier de leur activité. Nous avons assumé volontairement le caractère très général de nos questions dans l'intention de laisser l'opportunité aux acteurs eux-mêmes de définir leur activité en fonction de ce qui est significatif pour eux, autant dans ce qu'ils parviennent à réaliser que dans leur empêchement.

4.2.1.2 Une analyse thématique des entretiens exploratoires

Les entretiens que nous avons conduits durant cette phase exploratoire avaient pour but d'élaborer notre objet de recherche en prenant comme point de départ les verbalisations des acteurs à propos des enjeux spécifiques de leur activité. Dans ce cadre, c'est la méthode d'analyse de contenu qui nous a paru la plus adaptée au processus inductif que nous avons choisi. Nous avons retenu la méthode proposée par Bardin (2007) conforme à notre démarche et que cet auteur définit comme « *un ensemble de techniques d'analyse des communications utilisant des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages* » (Bardin, 2007, p. 42). Cette méthode d'analyse peut être applicable à une pluralité de matériaux (discours politiques, documents historiques, etc), mais elle convient à ce domaine spécifique d'application qu'est le dialogue.

Pour commencer, nous avons analysé les énoncés en identifiant la thématique à laquelle ceux-ci renvoient et la manière dont le sujet convoque cette thématique. Ensuite, nous avons procédé à une analyse des énoncés du point de vue du rapport qu'ils entretiennent avec une

autre thématique soulevée. Et enfin nous avons réalisé une condensation systématique de ces énoncés pour chaque thématique abordée. D'une façon générale, l'analyse des entretiens constituant la phase exploratoire a permis une recherche et une caractérisation des thèmes abordés par les acteurs. Nous avons opéré en trois temps : le repérage et la délimitation dans le texte des différentes thématiques, puis leur extraction et leur résumé, et enfin l'identification de leur(s) lien(s) potentiel(s) avec une autre thématique. Il est possible de fournir un exemple au lecteur du type de catégories thématiques élaborées, à travers le tableau suivant :

Thématique	Exemple de matériaux significatifs
Verbalisations des acteurs sur leur pratique professionnelle	
La spécificité de sa fonction et du travail	« il n'y a que le médecin du travail qui peut, reconstruire l'identité de la personne au travail »
Le rapport aux temps dans le travail	« Très difficile d'arriver à réaliser toutes les visites, retard dans les consultations »
Le dialogue avec le salarié, la place de la parole et du langage	« Le récit c'est quand même de revenir à cet endroit, où l'on peut prendre la main sur le monde » / « Pour accéder au travail, obligé de passer par la parole (...) on a des stratégies »
Les espaces de satisfaction dans sa pratique	« Être à côté de quelqu'un qui vous explique et vous fait voir le monde c'est forcément passionnant »
Les stratégies mises en œuvre	« Savoir faire parler les gens »
La souffrance des salariés	« Lorsqu'il y a souffrance, les gens le disent »
Le travail en équipe et les réseaux	« À force de crever d'être toute seule, on se débrouille pour aller intégrer de nouveaux réseaux »
Le pouvoir et les moyens d'agir	« La direction est libre de prendre en considération ma demande »
Verbalisations des acteurs sur l'environnement de leur pratique	
Organisation de la profession	« Le problème de la médecine du travail, c'est le financement direct des employeurs »
Sa place dans l'entreprise et/ou vis-à-vis de l'employeur	« Le médecin est un peu seul, c'est-à-dire qu'on a chacun un exercice particulier et que l'on ruse un peu »
L'évolution démographique du métier	« La moitié des médecins du travail ont plus de 50 ans » / « On est dans une pénurie médicale »
Les relations avec les autres acteurs de prévention	« Peu de médecins du travail collaborent avec des agents de contrôle »
Liberté, autonomie et pression dans son travail :	« Ça n'a jamais été aussi dur que maintenant à cause de la pression »
Le rapport au monde de l'entreprise et du travail	« Le médecin du travail a fortement besoin de connaître la pratique de l'entreprise pour rentrer en négociation »
Verbalisations des acteurs relatives à leur parcours professionnel et leurs valeurs ou croyance	
Héritage historique du métier :	« Le modèle de la santé au travail a été construit pour faire semblant, débiter des fiches d'aptitudes »
Le parcours professionnel et le choix du métier	« J'ai choisi la médecine du travail pour la vie de famille, confort des horaires »
La reconnaissance de son travail et de sa fonction	« La médecine du travail est très mal perçue par les salariés, les autres médecins et les employeurs »

Tableau 2. Exemple de classement thématique effectué lors de l'analyse de contenu des entretiens réalisés durant la phase exploratoire

C'est à partir de cette analyse thématique des entretiens effectués lors de la phase exploratoire, que nous avons déterminé pour la première fois les contours de notre objet de recherche, à travers l'observation de la place significative accordée par les praticiens au dialogue avec le salarié durant la visite médicale. Trois phénomènes nous ont amenés à formuler cette observation.

1) d'un point de vue qualitatif, l'importance des propos tenus par le médecin faisant explicitement référence aux thématiques suivantes : « la parole lors de la consultation », « le dialogue avec le salarié », ou encore le « récit du salarié ».

« On a pas accès au travail, il faut construire quelque chose à partir de l'entretien » / « je ne peux avoir accès au travail qu'à travers ce qu'ils veulent m'en dire » / « C'est toujours à travers un récit que l'on voit si les gens vont bien ou pas » / « Les choses se construisent dans l'entretien, la visite du lieu de travail permet seulement de reconstruire les éléments » / « Moi ça fait très longtemps que je dis qu'un des éléments décisifs pour les médecins du travail, c'est cette question du récit du salarié »

2) d'un point de vue quantitatif, nous avons remarqué l'importance du temps consacré à évoquer le rôle du dialogue avec le salarié. Nous l'avons mesuré en nombre de mots prononcés par le médecin. Par exemple : le nombre de mots présent dans la catégorie « Parole – récit » = 2567/ ; le nombre de mots présents dans la catégorie « Organisation de la profession » = 420 / ou encore le nombre de mots présents dans la catégorie « Les stratégies mises en œuvre » = 1269. Les résultats de ce traitement quantitatif sont mis en avant dans le schéma suivant :

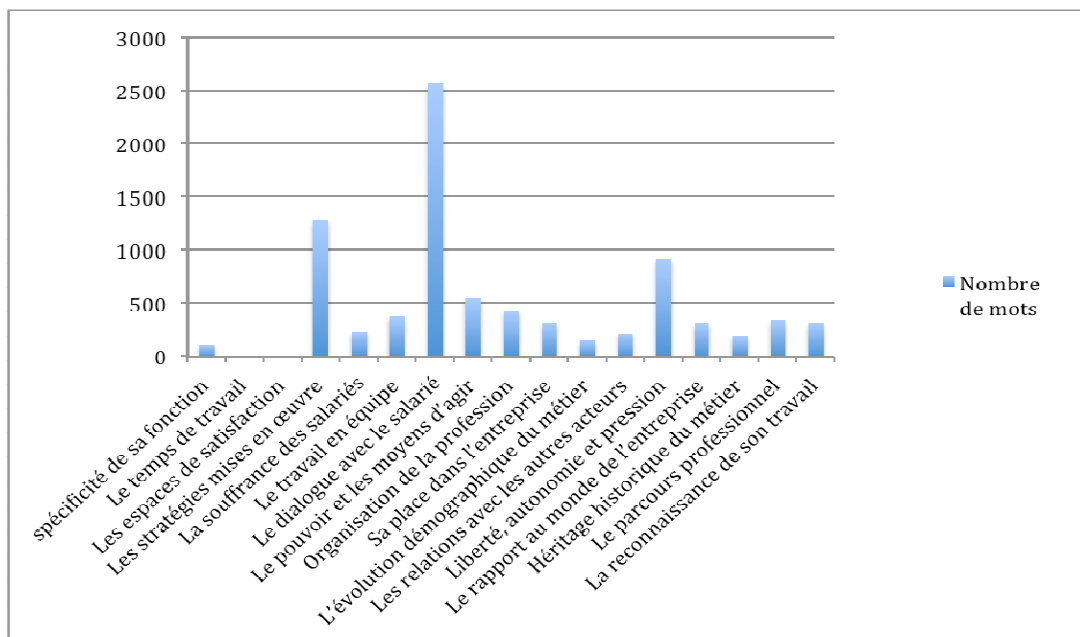


Figure 2. Nombre de mots employés par les médecins pour insister sur l'importance du dialogue avec le salarié dans leur action de prévention

3) enfin, nous avons compté le nombre de liens réalisés entre d'autres thématiques se rapportant au cœur de leur pratique professionnelle et la thématique du dialogue, ce qui nous a permis de représenter schématiquement la place centrale qu'accordent les médecins au dialogue au sein de leur activité globale :

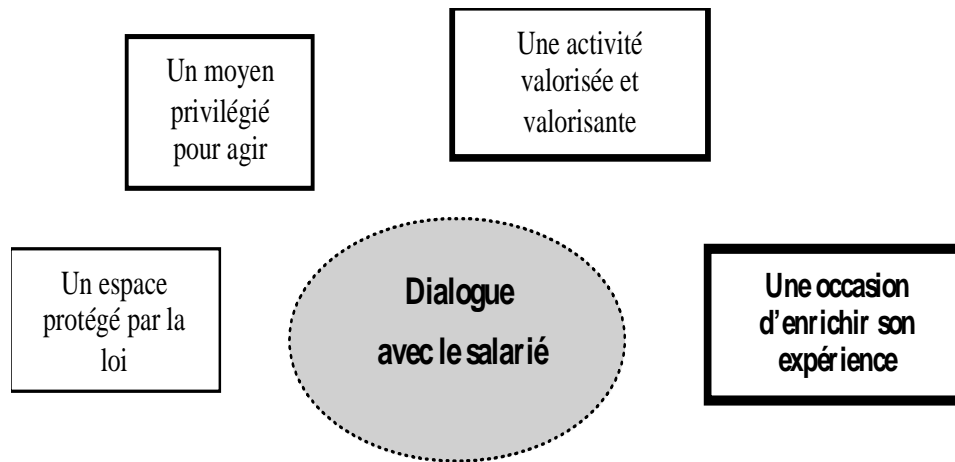


Figure 3: La place centrale accordée par les médecins au dialogue avec le salarié

Les résultats de la phase exploratoire de notre recherche ont ainsi montré la place centrale que les médecins du travail accordent à l'activité dialogale avec le salarié durant la visite médicale. À partir de ce constat, nous avons posé l'hypothèse selon laquelle l'activité dialogale constitue une occasion particulièrement favorable pour ces acteurs, de construire et d'enrichir leurs habitudes d'activités de prévention, réutilisable dans d'autres situations d'entretiens avec d'autres salariés. Ces résultats nous ont incité à centrer notre analyse sur une partie de l'activité de ces médecins : leur activité dialogale lors de la consultation médicale du travail. Il s'agissait de prendre en compte les échanges naturels ou effectifs entre le salarié et le médecin, afin de produire des interprétations sur les activités mentales du médecin à l'occasion de cet échange.

4.2.3 Le recueil de l'activité dialogale lors de la consultation et le retour sur cette activité

Nous avons construit un dispositif d'analyse de l'activité dialogale des médecins du travail lors de la visite médicale du salarié, avec l'intention d'analyser son déroulement effectif. Notre principale difficulté, à partir de la première formulation de l'objet, était de parvenir à concevoir un dispositif méthodologique qui ne se borne pas à analyser des matériaux de

second degré - du discours sur le travail - mais qui permette d'observer le dialogue en train de se faire.

Deux étapes seront ici présentées successivement : d'abord l'élaboration d'un protocole permettant de recueillir des traces de l'activité discursive en cours d'action et ensuite un dispositif « d'autoconfrontation simple » situant le professionnel dans une posture de retour sur son activité. Pour cela, nous avons élaboré un protocole d'enquête avec les médecins du travail en établissant une convention de recherche tripartite (entre le médecin, le salarié et le chercheur) garantissant l'anonymat et la confidentialité des matériaux recueillis⁷. Cette convention, avant d'être approuvée par les directeurs des services, a fait l'objet d'une validation par le Conseil de l'Ordre des médecins.

4.2.3.1 L'enregistrement sonore des consultations médicales avec les salariés des entreprises

Notre choix fut de procéder à un enregistrement audio des interactions langagières entre le médecin et le salarié durant la visite médicale. Cette décision fut motivée notamment par le constat que les praticiens eux-mêmes préféraient un dispositif le moins visible possible durant la consultation. Le cabinet du médecin du travail dans les services où nous nous sommes rendus se révèle relativement exigu et la caméra ne peut pas être oubliée ni par les médecins, ni par les salariés dans ce type de situation. Nous pensons qu'un tel dispositif introduisait une gêne trop importante au regard du type de matériaux que nous souhaitons recueillir en venant introduire une présence trop voyante dans cet espace conçu pour sa confidentialité et son caractère « protégé » de l'extérieur. Par ailleurs, les rares films qui ont été réalisés dans le cabinet du médecin du travail⁸ montrent à quel point cet outil influence les réactions du médecin durant le dialogue. On peut constater des effets non désirés de mise en scène et d'évocation qui ne paraissent pas naturels dans le travail de ces professionnels.

Nous avons donc réalisé des enregistrements sonores des consultations, car ce dispositif présente au moins trois avantages. Le premier, est de ne pas être trop visible dans le cabinet du médecin. C'était également la condition essentielle de l'accord qui nous était donné pour avoir accès à cette activité, tant pour le Conseil de l'Ordre, que pour les directions des services. Il n'est pas possible qu'une personne non soignante soit présente dans la pièce. La réalisation d'un enregistrement sonore assurait donc une observation différée du travail. Nous nous sommes procuré pour les besoins de notre recherche un enregistreur numérique

7 C.F Annexe 6

8 Par exemple le documentaire : « Ils ne mourraient pas tous, mais tous été frappés » de S. Bruneau et M-A Roudil, 2006.

permettant d'enregistrer toutes les conversations produites dans la pièce, c'est-à-dire dans tout le cabinet médical et qui mesure à peine quelques centimètres. De ce fait, nous pouvons considérer que les matériaux recueillis sont assez proches des échanges routiniers, quotidiens ou naturels de ces professionnels, en dehors de toute observation extérieure. La réalisation des enregistrements avec un matériel très simple d'utilisation et très facile à déplacer a eu l'avantage de laisser les médecins maîtres de la situation. Car ce sont eux qui ont décidé de l'endroit où ils voulaient l'installer dans le cabinet (souvent sur un coin de leur bureau) et surtout du moment de démarrer l'enregistrement, immédiatement après l'obtention de l'accord du salarié.

Les praticiens furent rassurés par le fait qu'ils pouvaient à tout moment arrêter instantanément l'enregistrement s'il devenait gênant pour l'exercice de leur travail ou si le salarié le demandait. Ce sont les praticiens qui ont toujours eu le choix de la consultation enregistrée et du moment de l'enregistrement. Ce sont eux également qui ont voulu se charger de faire signer la convention de recherche au salarié, en expliquant le respect du cadre déontologique de l'étude. Nous avons en effet prêté la plus grande attention au respect de la vie privée du salarié, ainsi qu'aux modes d'anonymisation des données. Le protocole contractualisé entre le Conseil de l'Ordre, la direction des services de santé, le directeur de notre laboratoire de recherche et nous-mêmes prévoyait en effet que le contrôle de l'anonymat des enregistrements devait se réaliser le jour même, directement après l'enregistrement. Aucune bande sonore n'est sortie du service avant la vérification et l'accord du médecin pour chaque consultation observée. Enfin, un délai de plusieurs semaines était prévu dans la convention en cas de rétractation du salarié, après sa visite.

4.2.3.2 La mise en place d'un dispositif de retour sur son activité par le professionnel : l'autoconfrontation « simple »

Il existe plusieurs méthodes mises en œuvre dans les analyses du travail qui proposent au professionnel d'opérer un retour sur son activité préalablement enregistrée ou à partir de traces de son activité. Ces méthodes prennent souvent comme point d'appui le langage. Elles ont été utilisées dans de nombreux terrains en analyse du travail : à l'usine, à l'école, dans l'activité sportive, etc. Nous avons opté pour la réalisation « *d'autoconfrontation simple* » (Clot 1999, Clot et Faïta, 2000) avec les médecins du travail pour chacune de leur consultation.

Notre but était d'aménager un espace de recherche au sein duquel on propose au praticien de mettre en débat sa propre activité avec le chercheur en lui proposant de « *se mettre par la force des choses à distance de lui-même, de se considérer comme l'acteur en partie étranger de sa propre action* » Clot, Faïta, 2000, p. 26). Comme dans cet exemple :

<i>Séquence dialogale N °2</i> « La description du poste de travail »	<i>Autoconfrontation portant sur cette séquence</i>
Médecin : <i>Vous êtes en charge du suivi promotion, c'est une entreprise dans l'import – export c'est bien cela ?</i> Salarié : <i>Voilà, je seconde le responsable.</i> Médecin : <i>Et vous faites cela sur quelle zone géographique ?</i> Salarié : <i>l'Asie la France...</i>	<i>« Elle me dit ce qu'elle fait, et moi j'ai reconnu d'après l'entreprise, avec d'autres salariés de cette entreprise-là. Donc je vois à peu près de ce dont il s'agit ».</i>

Tableau 3. Exemple de matériaux recueillis durant la consultation et en autoconfrontation

Si nous avons choisi cette méthode pour effectuer un retour sur les enregistrements des consultations médicales avec les médecins, il ne serait pas juste de dire que nous avons transposé parfaitement ce dispositif tel qu'il est conduit parfois par exemple dans la clinique de l'activité. En effet, nous avons emprunté à ce dispositif les principales caractéristiques qui lui sont habituellement données, tout en opérant des ajustements. Ces derniers tiennent essentiellement au caractère purement compréhensif que nous avons donné à cette méthode. En tant que voie d'approche de l'activité, on peut repérer différents usages de ce dispositif : « *tantôt l'approche de l'activité se situe dans une perspective d'analyse des activités (...) tantôt elle constitue une modalité de formation* » (Champy-Remoussenard, 2005, p. 41). Il paraît dès lors important de préciser la manière dont nous avons conduit les autoconfrontations ainsi que les distances que nous avons parfois prises, pour les besoins du terrain et de nos objectifs.

Nous sollicitons cette méthode au sein d'une démarche strictement compréhensive et interprétative des activités humaines en situation de travail. Cette méthode a été conduite avec des sujets ne s'inscrivant dans aucune sorte d'intention formative ou de développement, comme par exemple une méthode pour « *soigner le travail* » (Clot, 2006, p. 169), des médecins du travail... Le fait de créer un dispositif visant à comprendre le travail à l'aide d'un professionnel-acteur produit des effets chez ce dernier. Ce peut être aussi, dans certains cas, une opportunité « *de se reconnaître dans ce qu'ils font* » (ibid., p. 169). Mais ce n'était pas notre intention, ni même ce que nous souhaitions observer.

Il nous paraît important de préciser que les autoconfrontations que nous avons conduites avec les médecins du travail se sont déroulées la plupart du temps le jour même de la consultation. Cela a eu un effet que nous n'avions pas prévu : ils avaient encore en mémoire la structure générale de l'entretien et, parfois, durant le retour sur l'activité, ils nous disaient « *vous allez voir, il va en parler maintenant* », « *oui, il va en parler plus tard* », « *je vais m'apercevoir que...* ». Ces énoncés ont été comme les autres intégralement retranscrits, ils témoignent d'un phénomène de « *mise en intrigue* » (Ricoeur, 1983) du récit du médecin durant l'autoconfrontation.

Nous avons laissé le médecin être à l'initiative des moments sur lesquels il lui semblait important de s'arrêter. Il s'agissait d'inciter le professionnel à explorer dans l'enregistrement, les moments spécifiques et particulièrement significatifs de son travail à ses yeux. C'est la posture proposée par Faingold dans ses travaux sur l'entretien d'explicitation (Vermersh, 2006). Pour elle, cette consigne permet au sujet « *de quitter le registre des rationalisations et autres justifications pour aller à la description de ce qui s'est passé dans un moment singulier choisi* » (Faingold, 2005, p. 2). Il ne s'agissait pas de respecter strictement et uniquement cette procédure (car nous nous sommes autorisés, en cas de nécessité, d'arrêter l'enregistrement en invitant le sujet à intervenir sur un moment ou un aspect précis de son action), mais d'en faire une dominante de notre dispositif.

Ce procédé s'est révélé fécond lors de notre phase d'analyse des données recueillies. Les explicitations du praticien au sujet de son activité étaient considérées comme un matériau d'appui à l'interprétation de son activité langagière lors de la consultation. Leur place et le moment où elles se produisaient dans le fil de la réécoute était en soi un indice précieux, puisque que le médecin soulignait par le fait même de l'arrêt de l'enregistrement, que ce moment-là de son activité était significatif pour lui et donc critique pour nous. Deux types de matériaux ont ainsi été obtenus :

- des matériaux que nous qualifions de « premier degré », c'est-à-dire le langage *du* travail (à partir de l'enregistrement du dialogue qui constitue la consultation médicale du travail) ;
- des matériaux que nous qualifions de « second degré », c'est-à-dire un langage *sur* le travail (les verbalisations des médecins à propos de ces enregistrements (recueillis en autoconfrontation)).

Le statut de ces deux types de matériau n'est pas le même. Dans l'entrée qui est la nôtre, nous avons accordé à l'analyse une place et un rôle central aux interactions langagières recueillies dans le cours de l'action, lors de situation d'entretien c'est-à-dire en situation naturelle de production. Les éléments d'autoconfrontation ont constitué davantage un appui à l'analyse.

Ces deux types de verbalisations recueillies sont les matériaux à partir desquels nous avons élaboré des hypothèses et proposé des interprétations sur l'activité mentale du médecin du travail. Les verbalisations enregistrées durant la consultation constituent les traces de l'activité mentale du médecin et les matériaux co-produits en autoconfrontation des verbalisations sur ces traces.

L'échantillon est également constitué de praticiens n'évoluant pas dans les mêmes services de santé, car il recoupe à la fois des médecins du travail de très importants SST, en milieu urbain, et deux praticiens dans des services beaucoup plus petits, en milieu rural, comme nous l'avons résumé dans le tableau suivant :

Type de visite médicale	L'enregistrement de consultations médicales du travail	Le dispositif de retour sur l'activité
Visite périodique (salarié d'une PME)	2 Consultations avec le Dr P (praticien confirmé employé d'un SST en milieu rural)	Une autoconfrontation « simple » pour chaque situation de consultation
Visite périodique (salarié d'une PME)	2 Consultations avec le Dr D (nouvellement certifié en médecin du travail, en situation de prise de fonction dans un important SST en milieu urbain)	Une autoconfrontation « simple » pour chaque situation de consultation
Visite à la demande pour déclaration d'une T.M.S (salarié d'une collectivité territoriale)	1 Consultation avec le Dr D2, (TMS) (praticienne confirmée employée d'un SST en milieu rural)	Une autoconfrontation « simple »
Visite de pré-reprise et visite de reprise. (salarié d'une PME)	2 Consultations avec le Dr G (praticienne confirmée employée d'un un important SST en milieu urbain)	Une autoconfrontation « simple » pour chaque situation de consultation

Tableau 4. Échantillon des médecins du travail retenus pour le dispositif d'analyse de l'activité dialogale

4.3 Approches et méthodes d'analyse des matériaux

Parmi les différentes approches d'analyse du discours, nous avons retenu l'approche interactionniste proposée par Kerbrat-Orecchioni. Il nous semble que cette approche qui prend en compte à la fois une conception de l'interaction verbale et des outils opératoires pour l'analyser, est compatible avec la posture épistémologique que nous avons choisie. L'activité dialogale est considérée dans son caractère situé, au sein d'une conception pragmatique du langage et dans une dimension fonctionnelle de l'acte discursif. L'approche interactionniste présente l'intérêt de mobiliser de façon intégrative trois types de traitement des matériaux⁹ : 1) un traitement scriptural qui nous a permis de faire émerger la structure de la conversation ; 2) un traitement quantitatif de base pour chacune des séquences du dialogue ; 3) un traitement du contenu des séquences significatives ou critiques du dialogue.

4.3.1 Une approche interactionniste du langage

L'approche interactionniste peut être définie à travers l'intention de prendre les interactions verbales comme des « *rituels sociaux* » (Kerbrat-Orecchioni, 2006, p. 155). Les énoncés des médecins du travail et des salariés n'ont en effet pas été appréhendés comme des réalités abstraites ou uniquement suivant leurs caractéristiques lexicales, mais comme des « *réalités déterminées par leurs conditions contextuelles de production/réception* » (ibid., p. 10). Nous avons pris en compte l'idée selon laquelle les interventions d'un locuteur sont en réalité influencées par le contexte communicationnel. Elles sont donc en partie co-construites ou co-élaborées par les deux partenaires.

4.3.2 Une approche empirique et inductive

La méthode d'analyse que nous avons choisie, a nécessité d'adopter dans un premier temps une posture de « *descripteur* » de l'activité. Il ne s'agissait pas de construire un modèle et d'y rentrer les données empiriques, mais au contraire, de partir d'une « *observation scrupuleuse des faits (...) pour élaborer petit à petit une théorie* » (Kerbrat-Orecchioni, 2006, p. 47).

⁹ Nous avons renoncé aux techniques informatisées de traitements des données qui ne nous ont pas paru pertinentes pour caractériser un tel type d'activité qui nécessite trois angles d'analyses ou d'approches différentes.

Le but était de parvenir à décrire finement les processus à l'œuvre car « *une conversation est une organisation qui obéit à des règles syntaxiques, sémantiques et pragmatiques, et c'est cette grammaire des conversations qu'il s'agit, à un deuxième niveau d'analyse, de dégager* ». (ibid., p 193). Nous nous sommes attaché à rendre compte du déroulement effectif de l'interaction. Une description armée fut nécessaire pour que, dans un deuxième temps, nous puissions produire des interprétations à l'aide des outils conceptuels retenus. L'objectif était de dégager ou de faire émerger « *la partition invisible qui guide le comportement de ceux qui sont engagés dans un processus communicatif et de dégager toutes les règles qui fondent le déroulement des divers types d'interactions verbales* » (ibid., p. 157).

4.3.3 L'analyse du contenu des échanges du dialogue comme moyen d'inférence des activités mentales du médecin du travail à l'occasion de son activité dialogale

Il est possible, à partir des verbalisations du médecin du travail (pendant et après la consultation), d'inférer ses activités à l'occasion de son activité dialogale. Il est donc nécessaire de rompre avec la conception du « *langage véhicule* » pour, au contraire, « *envisager la relation entre langage, connaissance et action* » (Borzeix, 2005, p. 58). Nous posons que le langage n'est pas séparable des activités mentales du sujet. Un ensemble de rapports étroits « *unissent le langage et la pensée, et plus encore les rapports, apprentissage et développement* » (Mayen, 2001, p. 58).

Nous avons inféré les processus mentaux à partir de la production langagière en tant que « *verbalisations spontanées* » (Rabardel, 1993, p. 116) recueillies en situation naturelle de travail durant la consultation. Les rapports établis entre le langage et l'action constituent « *une entrée parmi d'autres et un observable empirique précieux* » (Borzeix, 2005, p. 86) dans l'étude des activités d'orientation du médecin. L'espace dialogal de la consultation avec le salarié est un lieu privilégié pour analyser les rapports entre communication et cognition, notamment l'influence de l'activité dialogale avec autrui dans le processus de transformation des cadres de l'expérience du praticien.

Nous avons mené une analyse conjointe de la structure des échanges et de leur contenu. L'analyse de contenu (déjà utilisée dans le traitement thématique des entretiens lors de la phase exploratoire) nous paraît également pertinente et opératoire pour l'analyse des données

« naturelles » c'est-à-dire recueillies dans le cours de l'action en situation réelle. Elle fournit en effet un ensemble d'outils à travers lesquels nous avons pu réaliser un ensemble d'hypothèses quant à la « *correspondance entre les structures sémantiques ou linguistiques et les structures psychologiques* » des énoncés (Bardin, 2007, p. 45) du sujet. Le sujet produit un discours avec autrui et à partir de cette production il est possible d'inférer chez lui une partie des processus cognitifs, l'émergence d'un « *système de pensée* » (Bardin, *ibid.*). En ce sens, cette perspective est compatible et recoupe en partie d'autres théories du langage cherchant à émettre des hypothèses sur les liens entre les activités dialogales du sujet et ses processus de construction de sens. On constate, au moins sur ce point, une proximité avec ce que Mayen identifie sous le terme « *d'adaptation pragmatique* » dans les situations professionnelles, entendue comme « *le processus de transformation que les professionnels font subir à la fois à leur connaissance et aux énoncés afin de les adapter à leurs interlocuteurs dans la situation pour la réalisation de leurs buts* » (Mayen, 2001, p. 211). Sous des vocables différents, l'hypothèse est faite par les deux auteurs évoqués qu'il est possible de repérer dans les énoncés du sujet, des traces de son activité mentale, notamment la manière dont il se représente la situation qu'il rencontre. Dans tous les cas, l'activité dialogale du sujet est considérée comme « *lieu de manifestation (traces) de processus mentaux intrasubjectifs et de procès intersubjectifs interactionnels sous-jacents* » (Chabrol et al. 1989, p. 39). Selon cette démarche, nous avons réalisé des interprétations concernant les opinions, les jugements, les prises de position d'un acteur. Nous estimons qu'il existe une correspondance entre les « *structures sémantiques ou linguistiques et les structures psychologiques ou sociologiques (conduites, idéologies, attitudes) des énoncés du sujet* » (Bardin, 2007, p. 45).

4.3.4 Modalités concrètes de traitement des matériaux

4.3.4.1 La retranscription intégrale des échanges

Nous avons attaché une attention particulière à la retranscription intégrale des enregistrements, ce qui signifie que l'ensemble des mots enregistrés a été strictement retranscrit, même si ceux-ci ont été énoncés dans le désordre ou s'ils ont fait l'objet de répétitions. Par ailleurs, les onomatopées très présentes dans les dialogues ont toutes été retranscrites « mmh, ah, wouhaou... ». Les rares fois où l'enregistrement était inaudible nous avons inscrit dans le texte (inaudible). Nous avons également attaché la plus grande importance à la présence de silences dans le dialogue qui marquent généralement les moments d'hésitation et de pause dans le discours de l'énonciateur comme dans cet exemple :

Dr : (...) Par contre ... ce que je ne comprends pas... c'est qu'il ne devrait pas y avoir plusieurs donneurs d'ordre ...».

Salarié : « Parce qu'ils s'entendent pas bien tous les deux ! » (...)

Les silences « *intra-répliques* » (Kerbrat-Orecchioni, 2006, p. 162), qui apparaissent à l'intérieur d'un énoncé, sont particulièrement évocateurs des moments de délibération durant l'activité. La présence de points de suspension en fin de réplique signifie soit que l'énonciateur termine par un temps de silence ; soit que l'énonciateur est coupé par son interlocuteur ; ou encore que l'énonciateur laisse un temps d'ouverture pour son interlocuteur. On parle dans ce cas, de silence « *inter-répliques* » (ibid.). Nous avons parfois accompagné les points de suspension de commentaires entre parenthèses sur la longueur particulièrement importante d'un silence ou sur la fréquence des coupures de la parole afin que notre analyse puisse prendre en compte : « *non seulement le matériel proprement verbal, mais aussi les données prosodiques et vocales* » (ibid., p. 47) :

Salarié : Parce qu'au tout début, j'ai tellement voulu en faire...

*Dr P : Alors, **je vous coupe**. Ce qui m'a été dit aussi par la responsable sécurité, c'est lui qui se met trop la pression tout seul...*

*Salarié : (**Silence**) J'aime bien le travail bien fait, j'aime bien que ça avance et...c'est-à-dire que ça vient aussi du fait que avant j'étais très dans le sport, ça reste, je suis pas...*

Dr P: Vous êtes plutôt... vous aimez que ça avance...

Salarié : Oui parce que j'ai peur que si j'avance pas assez, après le chef...

Nous avons été amené, lorsque cela était nécessaire pour la compréhension du texte, à ajouter aux répliques du dialogue des commentaires portant sur les déplacements d'un ou des deux interlocuteurs, sur les événements venant interrompre les échanges (sonnerie du téléphone etc.). Nous avons également inséré des commentaires portant sur les changements significatifs du niveau sonore ou des intonations d'une ou de plusieurs interventions. Ces signaux de nature phonétique ou prosodique sont aussi des indicateurs précieux pour l'analyse car à travers l'intonation « *le locuteur met en relief les termes auxquels il donne le plus d'importance, il peut exprimer son attitude affective, indiquer qu'il n'a pas terminé...* » (Fontaney, 1987, p. 230). La présence de l'ensemble des marqueurs de l'oralité est un repère précieux pour interpréter les signes des différentes formes d'engagement des acteurs au sein du dialogue : car c'est à travers « *la production continue des phatiques et régulateurs que les différents partenaires se signifient qu'ils se considèrent mutuellement comme des*

interlocuteurs valables » (Kerbrat-Orecchioni, 2006, p. 19). Enfin, dans la présentation de nos retranscriptions, ce sont les répliques qui forment les unités, chaque réplique est donc numérotée en début de ligne. La désignation des interlocuteurs au sein du dialogue est désignée par les abréviations suivantes : « S » pour le salarié et « Dr » pour le médecin du travail. Nous avons pour cela, utilisé des stratégies de mise en forme et de typologie pour faire apparaître clairement sur le même document la retranscription du dialogue et la retranscription des insertions relatives aux commentaires recueillis en autoconfrontation pour ne pas confondre ces deux types de matériaux durant l'analyse.

Nous avons relevé systématiquement les paramètres contextuels qui jouent un rôle dans le dialogue : « *les propriétés du contexte déterminent les opérations de production des énoncés aussi bien que leur interprétation* » (ibid., p.75). Les principales caractéristiques de la situation que nous avons identifiées sont : le degré de connaissance des interlocuteurs (est-ce que le médecin du travail connaît très bien ce salarié ? suit-il son entreprise depuis longtemps ?...) ainsi que les informations préalablement disponibles ou qui lui sont transmises par d'autres voies que celle du dialogue.

4.3.4.2 L'identification de l'organisation et la structure du dialogue

La linguistique interactionnelle nous a fourni un modèle pour faire émerger l'organisation du dialogue entre le médecin et le salarié. Nous avons en effet découpé le dialogue selon un modèle dit *hiérarchique*, en considérant que « *les conversations se présentent comme une architecture complexe et hiérarchisée, fabriquée à partir d'unités relevant de rangs différents, et qui sont emboîtées les unes dans les autres selon certaines règles d'organisation* » (Kerbrat-Orecchioni, 2006, p. 211). Ce sont des unités fonctionnelles du dialogue dans la mesure où elles remplissent une fonction à la fois illocutoire et interactive. Ce statut leur confère donc une place et un rang (c.f ci-dessous) au sein du dialogue selon la fonction qu'elles occupent.

Cette analyse présente un intérêt dans la mesure où les énoncés qui constituent la conversation entre le médecin et le salarié sont envisagés à la fois dans leur dimension syntaxique, mais également et surtout, dans leur statut pragmatique. Ils ont plus qu'une place, une fonction au sein de la conversation.

Cette double analyse qui se réalise dans le même mouvement permet de produire des interprétations sur les règles qui sous-tendent l'émergence de ces fonctions. Notamment en les mettant en lien avec les processus de construction de sens des acteurs (recherche d'information, formulation d'une opinion, etc.) dans la mesure où : « *les structures*

conversationnelles réalisent quelque chose qui les dépasse » (Charaudeau, 1989, p. 10). Il s'agit de la manière dont les acteurs co-construisent le dialogue en référence à leur système de pensée, à leurs intentions respectives. La caractérisation des fonctions langagières du dialogue est en réalité un moyen de reformuler des hypothèses sur les processus mentaux qui organisent cette production : « *au-delà de la question de savoir comment ça se passe, on peut se poser la question de « pourquoi ça se passe ainsi* » (Kerbrat-Orecchioni, 2006, p. 278).

Nous avons organisé l'analyse des matériaux, en faisant appel à une *approche interactionnelle* de la structure des conversations en distinguant cinq rangs :

Rang 1 : « L'interaction » : C'est l'unité de rang supérieur, c'est l'organisation qui met en présence une participation langagière spécifique des individus. Le principal critère qui permet d'établir l'espace de l'interaction est celui de la non-rupture, c'est-à-dire la continuité de l'interaction entre les participants, la continuité du contexte et la continuité dans les thématiques abordées. Nous nous sommes fixé une exigence : caractériser les séquences démarcatives de l'interaction qui assurent les fonctions d'ouverture et de fermeture de l'échange. Le critère thématique est réalisé avec l'analyse de la tâche de communication. C'est à ce rang très global et macro de l'analyse que s'applique, à un scénario connu, la notion de *script* entendue comme « *la conformation d'une organisation séquentielle des échanges (où) les objectifs et les rôles de ses protagonistes y sont clairement précisés* » (Cosnier, 1993, p. 22). Le script est considéré comme une sorte de scénario flou qui constitue une constante dans les interactions professionnelles.

Rang 2 : « La séquence » : Elle peut être définie comme « *un bloc d'échanges reliés par un fort degré de cohérence sémantique et/ou pragmatique* » (Kerbrat-Orecchioni, 2006, p. 218). Ces deux critères de cohérence se révèlent importants, car c'est à partir de leur degré de cohérence sémantique et pragmatique que nous avons pu les distinguer. À autant de séquences dans le dialogue correspondent des sous-buts et une possible redéfinition de la tâche du professionnel. Pour reconstituer cette organisation séquentielle du dialogue, nous nous sommes appuyé sur différents marqueurs permettant de découper par unités dialogales : les marqueurs *prosodiques* (le silence, la pause, l'intonation, le volume de la voix), les marqueurs *lexicaux* (connecteurs structurants la conversation) et les marqueurs *thématiques* ou de *changement de thématique* (structurant les séquences thématiques de la conversation). Le rang de la séquence sera ici le niveau d'analyse privilégié. C'est à partir de celui-ci que nous avons essentiellement procédé à l'analyse de la structuration du dialogue et, comme nous le verrons dans les résultats de cette recherche, de la structure de l'enquête du médecin.

Rang 3 : « L'échange » : Il correspond à la plus petite unité dialogale, car il est constitué au minimum deux interventions. La forme canonique de l'échange, très identifiable dans nos matériaux, est celle qui est formée de deux interventions. La première intervention est appelée *initiative* et la deuxième *réactive*. On parle alors de *paires adjacentes* (ibid. p. 236).

Rang 4 : « L'intervention » : Avec l'intervention, on passe des unités dialogales aux unités monologales, émises par un seul locuteur. C'est l'intervention qui constitue « *la contribution d'un locuteur à un échange particulier* » (ibid. p. 225). Les échanges (le rang 3) sont composés principalement de deux interventions. Ce rang vise justement à caractériser le type et la place de cette intervention.

Rang 5 : « L'acte de langage » : C'est l'unité minimale de la grammaire conversationnelle, car c'est la combinaison des actes qui forment une intervention (caractérisé en rang 4). La notion d'*acte de langage* s'inscrit traditionnellement dans les travaux de la philosophie analytique proposée par Austin (1962). Parmi les différentes classifications existantes, nous avons retenu celle qui est proposée par Chabrol et Bromberg (1999). Elle présente l'intérêt de répartir les différents types d'actes de langage parmi des sphères du langage qui sont définies comme « *les classes primitives à partir desquelles toutes les classifications différentes peuvent être engendrées et tous les actes catégorisés* » (ibid, p. 298). Il est possible en effet, selon ces auteurs, de distinguer cinq types de sphères : la sphère de l'information qui regroupe tous les actes de parole qui vise à « *décrire, caractériser, définir...* » ; la sphère de l'évaluation où sont regroupés les actes qui marquent une attitude exprimant « *un jugement de valeur, ou une appréciation sur les objets et les états du monde* » ; la sphère de l'interaction qui intègre les actes qui visent à la « *co-élaboration des identités des partenaires et à la co-gestion de leurs relations* » ; la sphère « actionnelle » qui désigne tous les actes de parole qui visent à « *proposer de faire, inciter ...* » et enfin, la sphère contractuelle qui intègre tous les actes de parole dont la fonction est de « *réguler la communication* » (ibid. p. 306).

L'analyse de la structure des dialogues entre les médecins et les salariés à l'aide du modèle *hiérarchique* proposé par Kerbrat-Orecchioni a permis de reconstituer l'organisation structurale des échanges au sein de la conversation. Nous avons repéré dans des échanges plusieurs rangs ou unités dialogales qui constituent l'architecture générale de la conversation. Cette analyse a fourni de nombreuses informations sur la façon dont les médecins du travail organisent leur activité dialogale, car si cette dernière est toujours le produit d'une co-construction entre deux partenaires conversationnels, il n'en demeure pas moins que c'est le praticien qui la conduit et qui, à travers la succession de ces questions, prend la main sur

l'organisation de ses séquences. L'unité de base à partir de laquelle nous avons analysé l'activité dialogale du médecin est la séquence. Elle nous a été utile pour identifier les thématiques abordées par le praticien (structure sémantique) au cours des échanges avec le salarié. Mais surtout pour identifier les buts poursuivis et la succession des opérations (structure et dimension pragmatique des échanges).

4.3.4.3 Une attention particulière portée à la nature des séquences du dialogue

Nous avons complété l'analyse de chacune de ces séquences du dialogue par un traitement des données quantitatives de base orienté sur la répartition des interventions du médecin du travail, la fréquence d'apparition des structures d'échange, ainsi que sur le nombre de mots employés. C'est à partir de cette analyse que nous avons pu, dans un premier temps, observer le taux d'occupation de chaque type de composante du dialogue. Nous avons constaté une répartition suivante de chaque unité dialogale dans l'activité du médecin du travail :

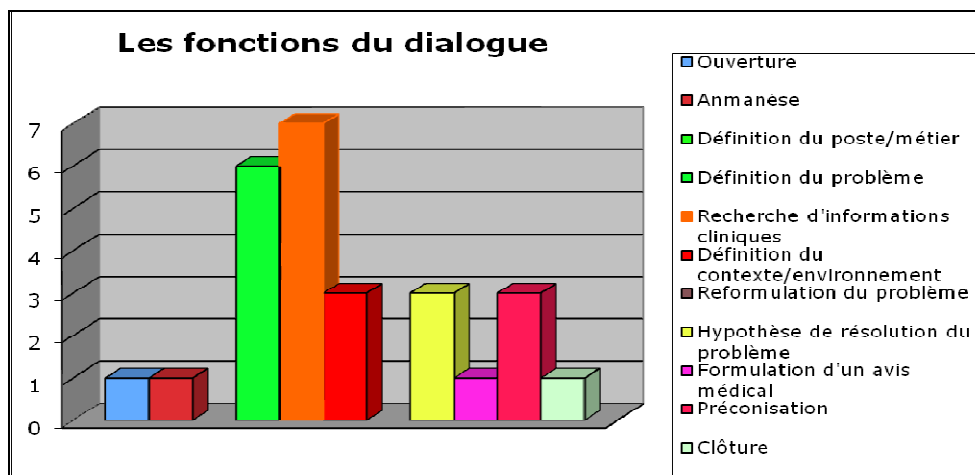


Figure 4. Exemple d'analyse quantitative des différentes fonctions du dialogue

C'est à travers le découpage et le repérage des séquences du dialogue, que nous avons caractérisé l'activité dialogale et, plus tard, la structuration et le déroulement de l'activité *d'enquête* du médecin du travail, ainsi que ce que nous appelons le processus de singularisation de l'enquête, comme dans cet exemple :

4.3.4.4 L'analyse croisée du contenu des énoncés du médecin lors de la visite médicale et du contenu des verbalisations recueillies en autoconfrontation

Dans la mesure où l'objet de notre recherche concerne la transformation des habitudes qui orientent l'action de prévention du médecin du travail, il fut nécessaire de rendre compte des informations construites par le médecin à l'occasion de son enquête ainsi que des transformations potentielles des systèmes de représentations qui orientent son activité. L'identification de la structure des échanges entre le médecin du travail et le salarié nous a permis d'identifier de façon systématique, étape par étape, l'organisation et le déroulement de l'activité d'enquête du médecin du travail. Nous avons pu observer la manière dont le professionnel parvient à rendre la situation ou le problème qui se présente à lui suffisamment déterminé pour qu'il puisse se construire une opinion et porter un jugement sur la situation professionnelle du salarié.

Afin de rendre compte de l'évolution des habitudes activées par le médecin durant l'entretien, nous avons été amené à analyser le contenu des interactions verbales qui composent chaque séquence de la conversation. Nous ne reprendrons pas ici en détail les modalités de l'analyse de contenu des verbalisations telles que nous l'avons effectuée. Les principes sont sensiblement les mêmes que ceux qui ont guidé l'analyse des matériaux recueillis durant la phase exploratoire de ce travail. Toutefois il nous semble important d'insister sur la manière dont nous avons réalisé le codage des énoncés, selon un « *processus par lequel les données brutes sont transformées systématiquement et agrégées dans des unités qui permettent une description précise des caractéristiques du contenu* » (Bardin, 2007, p. 134).

Puisqu'il s'agit de rendre compte de l'historicité des habitudes qui orientent l'action du médecin du travail à l'occasion de son enquête, nous avons inféré à partir des traces de son activité dialogale, trois types de processus représentationnels : 1) l'activation en situation d'une habitude d'orientation initiale ; 2) la production d'une représentation circonstancielle dans la situation ; 3) la possible transformation de l'habitude initiale lorsque la représentation construite de façon occurrente fournit de nouveaux matériaux ou de nouvelles informations qui jusque-là n'était pas pris en compte par le médecin.

C'est, par exemple, à partir d'une séquence dialogale comme celle qui suit, que nous avons inféré chez le médecin la présence ou l'activation d'une habitude d'orientation à ce moment précis de son enquête. Elle a été élaborée lors de précédentes consultations avec d'autres salariés. Elle est centrée sur le type de poste de travail (Ex Consultation DR D – activation d'une habitude relative au poste de travail) :

Dr D : (...) Alors qu'est-ce que vous faites comme travail ?

S : Assistante d'achat

Dr D : Heu oui... Et dans quelle société ? ... qu'est-ce que vous faites exactement ?

S : je fais du suivi, mise en place des transports

Dr D : Oui...

S : De la logistique quoi !

Dr D : Mais je ne connais pas cette société...

S : **On fait de l'import-export** de packaging et d'objets promotionnels !

Dr : **Ah oui d'accord, ça y est, je vois, je vois bien, oui j'ai déjà eu des salariés de cette société !** Et donc **vous vous occupez du suivi promotion** c'est ça ?

S : Oui la France et je fais aussi l'étranger et l'Europe

(Dr D en autoconfrontation) : « *Elle me dit ce qu'elle fait et moi j'ai reconnu d'après l'entreprise, j'ai d'autres salariés de cette entreprise-là, donc je vois à peu près de quoi il s'agit... le mot clé pour moi c'est « import-export ». Elle s'occupe vraiment de la livraison, de l'expédition, du suivi... donc ça c'est son job ! Donc c'est un poste de type tertiaire, c'est un peu plus « psycho » donc il faut regarder les contraintes de temps, les heures supplémentaires, la surcharge (...)* »

Dr D : D'accord vous n'avez pas de contrainte particulière dans votre travail ?

S : C'est-à-dire ?

DR : En termes d'**ambiance**, de **surcharge de travail**, **contrainte de temps** etc. (...)

L'analyse du contenu des matériaux recueillis lors du dispositif d'autoconfrontation a ainsi constitué un support et une aide à l'interprétation des processus mentaux à l'œuvre chez le médecin lors de son activité d'enquête. Nous avons pu à partir des verbalisations que les acteurs ont produites à propos de leur propre activité lors du retour, proposer des interprétations concernant l'activation dans la situation par le médecin, d'une habitude d'orientation déjà élaborée et construite à travers ses précédentes expériences. Nous avons repéré dans les énoncés du médecin des indices renvoyant à l'activation de ce que nous nommons une habitude, issue des ses expériences passées et venant guider son action :

(Ex. Dr F) « *C'est assez **courant** chez les intermittents* »

« *Les risques sont toujours un peu identiques : les heures de travail, les horaires décalés, la hauteur, les routiers, la manutention, **Ça se retrouve*** »

« *Nous on **a toujours** un arrière-goût (...) quand on pose les questions, il y a des **arrière-pensées** quand même* »

Nous avons repéré de la même façon dans des énoncés du praticien des indices renvoyant à la production d'une représentation particularisée ou occurrente. Nous nous sommes appuyé sur des énoncés témoignant d'une dominante circonstancielle des processus auxquels l'acteur se réfère :

(Ex. Dr F A-C) : « **Je commence à avoir une idée, ça commence à se construire dans ma tête, de qu'est-ce qu'il fait comme travail** »
« **ça me permet d'étayer un peu mon diagnostic** »
« **ça me permet de replacer un peu (dans) les facteurs de risques** »
« **je me dis que celui-ci c'est bon, il est reparti pour un tour et je suis pas inquiet** »
« **C'est là qu'on s'aperçoit qu'ils sont extrêmement polyvalents** »

L'analyse systématique des verbalisations produites en autoconfrontation, nous a permis de proposer des interprétations concernant d'éventuelles transformations opérées par le médecin du travail au regard des habitudes qui orientent son action de prévention. Il s'agissait dans ce cas de prendre pour indicateur de ces changements des énoncés témoignant d'un possible développement en cours, dont on peut penser qu'il constituera une nouvelle ressource pour traiter les situations futures :

(Dr P A-C) : « **Ça fait trois ans que je m'en occupe, ça ne m'était pas venu à l'idée qu'il faut avoir le permis poids lourds** »
« **je n'avais pas imaginé qu'elle lui demande des choses en direct** »
« **si plus tard, il y a des difficultés avec lui (...) je ressortirai cette idée** »
« **donc j'en arrive à la conclusion qu'il ne faut peut-être pas prendre le risque de créer une difficulté...** »

Il s'agit également de rendre compte des éléments constitutifs des habitudes d'orientation des sujets et d'identifier concrètement ce sur quoi portent les transformations que nous repérons et de savoir en fonction de quelles informations dans la situation. Il s'agissait de repérer dans les énoncés des praticiens, des indices concernant l'objet concret de ce changement ou de ce développement. Deux types de composantes ont été identifiés :

- des éléments se rapportant à la situation de travail du salarié (type de métier, poste de travail, employeur) :

ce sont des prestataires de services // il travaille dans l'import-export // elle travaille dans le secrétariat // je connais bien l'employeur, c'est quelqu'un qui est à l'écoute // la direction me semble bienveillante à son égard // c'est une entreprise familiale où tout le monde se connaît // son travail consiste à faire la vaisselle et à servir le repas aux enfants // les cadences de travail sont importantes // c'est un travail pénible du fait des charges...

- des éléments se rapportant au rapport que le salarié entretient avec la situation de travail (rapport avec les tâches à réaliser, avec l'employeur, avec les autres salariés et avec sa propre santé physique ou mentale) :

il aime son travail // le travail en hauteur occasionne chez lui des douleurs aux épaules // le temps passé à éplucher des légumes qui ne sont pas mangés est pour elle du gâchis // il a une infection longue durée // il y a eu une dispute avec l'employeur ...

Concernant les résultats que nous avons produits dans cette analyse croisée, nous renvoyons le lecteur au chapitre suivant. Nous soulignons pour conclure sur ce point, que cette double analyse du contenu des énoncés (recueillis *dans* le travail et *sur* le travail), nous a permis d'identifier l'émergence dans l'activité du médecin d'une habitude orientant son activité et de sa possible réélaboration. Afin de rendre compte du contenu de ces transformations, nous avons élaboré deux types de tableau, comme ceux présentés ci-dessous. Des tableaux présentant le type d'habitude que nous pensons que le médecin active en début de consultation, afin de déterminer la situation du salarié :

	<i>Système de représentation portant sur la nature de la situation – du problème</i>	<i>Système de représentation portant sur ce qu'il y a à faire dans la situation</i>
<i>Les composantes de la situation de travail en général</i>	Le salarié porte des charges très lourdes à répétitions, ce qui constitue un facteur de risque d'accidents et d'usures corporels très important	Vérifier la santé physique du salarié et l'usure liée aux ports de charges
	Le salarié charge les camions de livraison	S'assurer que les modes de stockage et de chargements soient adaptés pour le salarié.
	Le salarié travaille en équipe et plusieurs équipes travaillent en même temps	Vérifier que la répartition des tâches entre les équipes est efficace et qu'un système d'entraide existe
<i>Le rapport du salarié aux composantes de la situation</i>	Le salarié a d'importants problèmes de dos et revient pour cette raison d'un arrêt du travail de plusieurs semaines	Vérifier que l'état de santé physique du salarié (dos) permet une reprise du travail sur le même poste
	Le salarié est confronté à des exigences importantes de rendement, imposées par la direction pour satisfaire les clients.	Vérifier que les cadences fixées par la direction sont réalisables et qu'elles ne fassent pas encourir aux salariés des risques supplémentaires.

Tableau 6. Rendre compte des éléments constitutifs de l'habitude initialement activée par le médecin du travail durant son enquête

Puis des tableaux présentant la transformation de l'habitude d'orientation à l'occasion de l'enquête, du point de vue de la réélaboration de ces composantes :

	<i>Système de représentation portant sur la nature de la situation – du problème</i>	<i>Système de représentation portant sur ce qu'il y a à faire dans la situation</i>
<i>Les composantes de la situation de travail en général</i>	La direction en voulant promouvoir la formation des nouveaux salariés sur le tas a réaménagé les équipes de travail, ce qui constitue une augmentation des risques d'accidents lors des livraisons.	Il faut rentrer en contact avec l'employeur pour l'alerter sur les risques que constitue ce type de réorganisation du travail. Il faut formuler des préconisations qui permettent la formation des nouveaux sans augmenter les risques pour les anciens salariés.

Tableau 7. Rendre compte de la réélaboration des éléments constitutifs de l'habitude à l'occasion de l'enquête

Cette double analyse permet, comme il en sera plus largement question dans la partie résultats de cette recherche, d'identifier le type d'habitudes activées par le médecin et sur leurs modes de transformation.

Propos d'étape 4

Pour conduire notre recherche et élaborer un dispositif méthodologique permettant l'analyse de l'activité effective des médecins du travail en situation d'interaction avec un salarié, nous nous sommes appuyé sur les principes et les méthodes de l'ergonomie et de l'analyse du travail. Après avoir réalisé une étude portant sur la littérature professionnelle et scientifique relative à ce champ d'activité et conduit des entretiens exploratoires, nous avons mis en place un dispositif d'analyse de l'activité dialogale du médecin du travail. Une attention particulière a été accordée à l'activité dialogale réelle des acteurs en situation naturelle de travail.

L'élaboration d'un protocole de recherche et la mise en place d'une charte éthique avec un échantillon de praticiens autorisant l'enregistrement des conversations se déroulant dans le cabinet du médecin du travail, nous ont permis de recueillir les interactions langagières en situation réelle de travail. Nous avons ainsi pu accéder à l'activité dialogale qui se réalise dans l'espace privé et confidentiel du cabinet médical des médecins du travail, mais aussi à travers un dispositif « *d'autoconfrontation* » (Clot, 1999) nous avons pu proposer aux praticiens d'effectuer un retour sur leur activité. L'analyse de la *structure conversationnelle* (Kerbrat-Orecchioni, 2006), qui se déroule durant la visite médicale, combinée à l'analyse systématique du contenu (Bardin, 2007) des échanges, nous a amené à formuler des hypothèses concernant des processus d'apprentissages potentiellement à l'œuvre chez le professionnel. L'identification des séquences de l'activité dialogale, puis des fonctions de l'activité d'enquête du médecin du travail à cette occasion, nous a permis de réaliser des inférences sur des processus relevant des activités de construction de sens du sujet à l'occasion de son action. L'analyse du dialogue constitue une entrée privilégiée pour étudier les activités mentales des acteurs en situation, nous avons donc élaboré des interprétations concernant les processus de transformation des habitudes qui orientent l'activité du praticien lors de son activité de prévention avec le salarié. Il s'agissait pour cela de considérer le dialogue comme une tâche à part entière et d'envisager les rapports entre sa structuration et les processus mentaux à l'œuvre chez le médecin. Cette analyse des interactions langagières nous a conduit à produire des connaissances relatives à l'organisation de l'enquête du médecin du travail ainsi que sur les situations au travers desquelles il est possible d'observer une transformation au moins partielle des habitudes d'orientation qui sont activées par le praticien lors de la consultation.

Chapitre 5 Dialogue, enquête et enquête dans l'enquête (Les résultats de la recherche)

Cette recherche a produit trois types de résultats. Nous identifions tout d'abord les différentes unités dialogales qui composent la conversation entre le médecin et le salarié, ainsi que les différentes fonctions de l'enquête conduite à cette occasion par le médecin. Nous montrons également les conditions selon lesquelles cet acteur est amené à s'engager dans une démarche d'enquête « singulière » à l'intérieur de l'enquête « générale ». Et comment enfin ce processus participe à la transformation des habitudes d'orientation de l'action du sujet.

5.1 La rencontre dialogale avec le salarié : une expérience significative dans l'activité du médecin

L'activité dialogale avec le salarié représente une expérience professionnelle particulièrement significative dans le quotidien du médecin du travail. Ces acteurs mettent fréquemment en avant l'idée selon laquelle cette situation est à la fois valorisante dans leur pratique, et également « enrichissante » du point de vue de leur développement professionnel.

5.1.1 Un lieu de parole faisant l'objet d'une forte valorisation par les praticiens

La médecine du travail fait partie des métiers où *faire* consiste principalement à *dire*, car l'activité dialogale constitue le cœur de leur métier. Pour les praticiens que nous avons rencontrés « *la parole correspond à l'exercice d'un pouvoir spécifique entre le professionnel et son « client »* » (Lacoste, 2005, p. 40). De nombreux propos recueillis auprès des médecins semblent corroborer cette hypothèse de centralité de la parole dans l'activité de ces *préventeurs* : « *Le vrai travail c'est le salarié qui le raconte* » ou encore « *les choses se construisent dans l'entretien, la visite du lieu de travail permet seulement de reconstruire les éléments... parce que l'on voit les choses* » (T.1). La conversation avec le salarié apparaît ainsi comme un espace valorisé par ces professionnels. Il leur permet d'agir et constitue l'outil principal à travers lequel ils parviennent à déterminer l'état de santé du salarié et de son

rapport subjectif au travail. Cet espace constitue un observatoire pour détecter les éventuelles situations de souffrance ou de pathologie professionnelle : « *essayer de se faire une idée de ce que coûte le travail (...) le salarié raconte son vécu, ce qui compte ce n'est pas la recherche d'une hypothétique vérité, mais ce que l'individu, ça lui fait* » (T.1).

5.1.2 Le dialogue comme principal moyen pour conduire l'action de prévention : quand *faire c'est dire*

Le médecin du travail tente de se représenter la manière dont le salarié investit ses actions, son ressenti, la charge de travail qui en découle ; puis il essaie, dans un second temps, de faire des préconisations ou d'anticiper les évolutions par rapport au travail. Pour d'autres acteurs de santé, les transactions verbales sont considérées comme un support d'accompagnement et sont envisagées principalement comme un moyen de rendre plus confortable l'intervention. Pour les médecins du travail, le langage représente au contraire l'outil principal de leur action. Nous avons en effet recueilli de nombreux propos qui traduisent la primauté du dialogue dans l'activité de ces professionnels :

« on a pas accès au travail, il faut construire quelque chose à partir de l'entretien » / « je ne peux avoir accès au travail qu'à travers ce qu'ils veulent m'en dire » / « c'est toujours à travers le dialogue que l'on voit si les gens vont bien ou pas » / « les choses se construisent dans l'entretien, la visite du lieu de travail permet seulement de reconstruire les éléments »

La médecine du travail fait partie de ces métiers où la place de la relation humaine est centrale, où faire consiste à dire et à écouter pour ensuite pouvoir se construire un avis sur la situation du salarié. L'action de prévention se réalise en grande partie à travers la mobilisation du langage. C'est à travers le dialogue que le praticien conduit son enquête, et qu'il formule des opinions et propose éventuellement des préconisations à l'employeur. Le langage est à la fois « *la matière du travail, son objet et son produit* » (Borzeix, 2005, p. 79). La communication acquiert donc ici le statut d'une activité à part entière, non plus seulement comme accompagnement de l'agir humain. Elle apparaît comme une « *ressource à part entière pour accomplir l'action* » (Borzeix, 2005, p. 62). Les échanges verbaux paraissent à la fois constitutifs et représentatifs de leur activité. Lorsque l'action est principalement langagière, le statut du langage n'est plus seulement *sur* ou *au sujet* du travail, mais *dans* et *comme* le travail.

5.2 L'organisation de l'activité dialogale du médecin du travail

Les séquences qui composent la conversation entre le médecin et le salarié paraissent fortement grammaticalisées, c'est-à-dire délimitées de façon formelle dans leur nature. Ce constat est lié au fait que les questions qui sont posées par le praticien sont des marqueurs thématiques des séquences du dialogue. Une nouvelle séquence est la plupart du temps introduite par un changement thématique initié par une nouvelle question.

5.2.1 Le *script* de la conversation médicale du travail : le dialogue comme rituel social institutionnalisé

L'analyse de la structure du dialogue, conduit durant la consultation, montre tout d'abord que celle-ci relève d'une interaction duelle au sein de laquelle les échanges sont particulièrement cadrés, et où, sauf exception, un seul locuteur parle à la fois. Le premier locuteur garde la parole durant un certain temps et la cède lorsqu'il estime que c'est nécessaire. Son successeur a intégré le devoir de le laisser parler en attendant que vienne son tour de parole. Nous constatons que, dans la grande majorité des cas, la conversation se caractérise par un équilibrage du taux d'occupation du dialogue car « *chacun se voit accorder un certain temps de parole avec une certaine fréquence* » (Goffman, 1974, p. 33). La conversation est organisée à partir des énoncés du praticien qui prennent majoritairement la forme de questions et de relances. Le système des « *tours de parole* » (Kerbrat-Orrechionni, 2006, p. 164) témoigne selon nous de la place et du rôle qui sont attribués dans cette conversation au médecin assurant le pilotage de la conversation.

Le schéma question-réponse est le modèle attendu de ce type d'interaction très fortement ritualisée. C'est une structure d'échange essentiellement *binnaire*. Parfois l'organisation séquentielle est plus complexe quand la réponse correspond à une première question précédemment émise : ce sont des *échanges enchâssés*. L'organisation de la conversation et notamment l'alternance des tours de parole témoignent d'une *mise en place* des rôles de chacun des protagonistes dans la situation communicationnelle qui s'établit dans un rapport asymétrique. Cette mise en place confère au médecin un rôle de *sachant* et de questionneur ; au salarié, un rôle de coopération dans l'action préventive du médecin. Tout se passe comme si l'habitude, la légalité de ce dispositif dans le droit du travail et la reconnaissance naturelle conférée au statut de médecin venaient légitimer son rôle et l'attribution des places de chacun.

Les tours de parole, organisés à partir des questions du médecin qui ouvrent la plupart du temps les séquences langagières, sont acceptés par les deux partenaires. La conversation dans le cabinet médical ne se déroule pas de façon autonome. Le dialogue paraît fortement influencé par un ensemble de rituels sociaux connus et partagés par les acteurs. L'organisation des tours de parole et les échanges répondent à « *une logique externe correspondant à des activités normées* » (Lacoste, 2005, p. 32). On peut observer un certain nombre de rites et de règles. Le cadre institutionnel fournit un ensemble de conventions partagées qui sont agissantes dans la situation et influencent les échanges. La relation de service est à la fois imprévue et instituée, ce qui a pour conséquence de proposer aux interlocuteurs un scénario à la fois inédit et structuré. La consultation médicale du travail fait partie des « *comportements de site* » (Cosnier, 1993, p. 22) caractérisant un type d'échange socialement défini de relation de service (ici finalisée par la prévention des risques liés au travail). Si cette situation langagière n'est jamais totalement déterminée ou standardisée (des phénomènes d'adaptation et de réajustement sont à l'œuvre), l'analyse architecturale des conversations enregistrées nous permet de distinguer *un script type du dialogue des praticiens avec les salariés* :

1 Ouverture, 2 Anamnèse, 3 Définition du poste de travail, 4 Définition du problème, 5 Recherche d'informations cliniques, 6 Définition du contexte, 7 Reformulation du problème, 8 Hypothèse de résolution du problème, 9 Préconisation, 10 Clôture.

5.2.2 L'action du médecin du travail se réalise à travers une combinaison d'unités dialogales

L'activité dialogale du médecin du travail s'apparente moins à une succession de thématiques langagières qu'à une forme itérative d'émergence d'unités exploratoires. Ces unités ne sont pas uniquement le résultat d'un ajustement relationnel au sein de la conversation, mais elles jouent toutes un rôle spécifique dans l'action de prévention. Elles correspondent à des unités de travail du médecin. Il nous semble d'ailleurs important de définir leur nature par rapport au rôle qu'elles jouent dans l'activité. Nous souhaitons donner, pour chacune d'elles, un exemple représentatif.

5.2.2.1 Les unités « d'ouverture » et de « clôture »

Les séquences d'ouverture comme de clôture apparaissent dans des moments délimités de l'activité dialogale. Contrairement aux autres unités que nous avons identifiées, elles ne surviennent pas à plusieurs moments de la conversation. Elles sont situées de façon très ritualisée. Cette sorte de contractualisation témoigne de ce que le médecin et le salarié se déclarent ouverts l'un à l'autre « *en vue d'une communication orale et garantissent conjointement le maintien d'un flux de parole* » ; ils acceptent également de « *limiter leur engagement à l'objet de la rencontre* » (Goffman, 1974, p. 33).

Dr P : « Donc en fait, pourquoi je vous ai convoqué aujourd'hui, c'est parce que j'ai eu M au téléphone, heu...je l'ai pas eu à votre propos, je l'ai eu pour d'autres choses et dans la conversation. Elle me dit : « je me fais du souci pour Monsieur L, parce qu'il a eu des incidents... »

L'unité clôture tient également une place très réduite dans les échanges. Elle s'inscrit tout comme l'ouverture, dans un rituel de politesse. Elle permet également d'envisager une coopération future et de continuer à maintenir un équilibre en vue des prochaines rencontres ou des actions à venir. Cette unité joue un rôle de planification pour un certain nombre d'opérations qui n'ont pas pu être conduites lors de la conversation ou encore un rôle de relégation de certaines demandes du salarié ou de l'employeur auxquelles le médecin n'est pas en mesure de répondre. Enfin, elle joue un rôle dans la mise au point de documents administratifs.

Dr D : « Voilà, sinon le reste de l'examen est bon, rien de particulier. Voilà, s'il y a des choses que vous ne comprenez pas, même par mail, c'est bon. Voilà, je vais vous donner un exemplaire de ça... »

5.2.2.2 L'unité « anamnèse »

Contrairement aux autres unités dialogales, nous avons désigné cette fonction à l'aide d'un vocable issu des sciences médicales. Le terme *anamnèse* désigne en médecine le récit des antécédents, de l'histoire de la maladie ou, ici, de la situation du salarié au sein de l'entreprise. L'influence de la formation à l'interrogatoire classique médical qui est beaucoup moins présent le reste du temps, paraît ici inévitable. L'anamnèse fait partie d'un rituel attendu par les partenaires en présence. Elle se réalise par une succession de questions codifiées et qui appellent généralement des réponses brèves, comme c'est le cas par exemple dans cet extrait de consultation :

L1 Dr G : *Il y a longtemps que vous êtes pas venu...*
 L2 Salarié : *Oui, mais je viens pour une reprise de travail.*
 L3 Dr G : *D'accord, vous avez eu un arrêt de longue...Il n'y a rien qui a changé dans votre état civil ? Vous habitez toujours à St P, vous êtes toujours sur le même poste ?*
 L4 Salarié : *Hum.*
 L5 Dr G : *Quand est-ce que vous vous êtes arrêté ?*
 L6 Salarié : *23 septembre, je crois.*
 L7 Dr G : *D'accord, et c'était un arrêt pour un accident du travail ?*
 L8 Salarié : *Ouais, bah le dos toujours.*
 L9 Dr G : *Et vous avez repris...*

5.2.2.3 Les unités « définition du problème » et « reformulation du problème »

C'est une des unités centrales de l'activité dialogale. Elle est quantitativement dominante dans l'activité dialogale et apparaît de façon itérative et à plusieurs reprises durant la consultation. Elle consiste en une succession de questions relevant d'un ensemble de domaines très variés relatifs à la situation professionnelle du salarié. La situation de la consultation médicale du travail ne met pas forcément en présence un problème ou une demande préalablement définie et formulée. Cette unité vise à identifier un ou plusieurs éléments problématiques avec lesquels il s'agit pour le médecin de « *construire un monde signifiant* » (Fabre, 2009, p. 17). Elle consiste à préciser la demande du salarié ou de l'employeur (dans certains cas). Le plus souvent elle permet de construire ou de circonscrire les éléments potentiellement problématiques dans la situation professionnelle du salarié. Dans le cas de visites suite à un arrêt de travail ou à la demande par exemple le dialogue est facilité. En revanche, le fonctionnement de l'unité est moins précis dans le cas de visite du suivi bisannuel classique. Dans ce cas, le problème est rarement formulé et présenté au départ. C'est d'ailleurs tout l'enjeu pour le praticien que de le construire : tout le problème est de savoir quel est le problème. À une même tâche peuvent correspondre divers espaces du problème qui se définissent à partir de l'activité du salarié, la représentation qu'il se fait des rapports que celui-ci entretient avec son travail, son coût physique et cognitif : « *c'est dans cet espace de problème qu'il va chercher la solution* » (Leplat, 1997, p. 113).

L1 Dr D : *D'accord, est-ce que cette situation comme je la comprends un petit peu qui a peut être été tendue un peu avant les vacances, est-ce que cela avait un incident sur votre santé ? Parce qu'en fait, moi je suis là pour ça. Je suis là pour savoir si votre travail à une incidence sur votre santé ou pas ?*
 L2 Salarié : *Euh... (Long), ça eu !*
 L3 Dr D : *De quel style ?*
 L4 Salarié : *(Long silence) Heu... crise d'angoisse !*
 L5 Dr D : *Ah oui.*

L6 Salarié : Ce qui fait que je me suis écroulé un petit peu avant les vacances, on m'a ramassé dans le bureau. C'est-à-dire que quand je prends une crise d'angoisse je perds les fonctions de tout mon organisme, de tout mon corps.

L7 Dr D : D'accord, perte de connaissance ?

L8 Salarié : Je perds pas connaissance, mais je perds la fonctionnalité de toutes mes... je peux plus marcher ! Je peux plus rien faire, voilà !

La définition du problème est indissociable de l'identification et de la définition de la situation. La définition du problème englobe parfois d'autres types d'unités, du fait de son rôle central. Elle peut s'accompagner d'une « reformulation du problème ». Cette autre unité dialogale, n'est jamais mobilisée de façon anodine dans l'activité. Comme nous pouvons le voir dans l'exemple ci-dessous, elle participe à la « définition du problème » dans la mesure où elle permet de vérifier si l'activité de problématisation est arrivée à un résultat pertinent ou non.

L1 Dr G : Ouais, vous trouvez que les meubles sont de plus en plus lourds ?

L2 Salarié : Ah oui, j'en suis certain oui ! Quand on les livre dans les escaliers... Quand logiquement on devrait être quatre et bien on peut jamais, alors on le fait à deux ! Et j'ai deux collègues de travail qui ont à peu près mon âge et qui sont en accident de travail

L3 Dr G : Là, en ce moment ?

L4 Salarié : Oui, ça fait deux ans ! Moi j'avais mon partenaire... On se connaissait tout ça, les mouvements, on connaissait...

L5 Dr G : Vous étiez bien coordonnés ... C'est compliqué cette problématique, effectivement, vous étiez bien avec un collègue et du coup, vous vous économisiez

L6 Salarié : Voilà. On était complémentaires et tout. Et voilà, ça fait, deux trois ans, maintenant ils nous ont séparés pour former les jeunes...

5.2.2.4 Les unités « définition du métier » et « définition du contexte-environnement »

Ces unités dialogales permettent au praticien d'obtenir un ensemble d'informations sur le type de métier ou de fonction exercée par le salarié ou encore les éléments qui composent l'environnement de cet exercice. Il s'agit de repérer dans les énoncés du salarié suffisamment d'éléments descriptifs ou explicatifs qui lui permettront de « *construire une configuration significative* » (Mayen, 1997, p. 132) par une série de questions et de relances, parfois, à l'aide de détails ou d'aspects matériels qui composent le quotidien du salarié. On constate deux types de situations : soit le praticien connaît l'activité professionnelle du salarié et il s'agit de préciser un ensemble d'informations déjà construites, soit le médecin ne connaît pas le métier exercé par la personne qu'il reçoit et il s'agit de commencer par l'identifier.

L1 Dr F : Et c'est quoi c'est de l'événementiel ?

L2 Salarié : C'est principalement du montage de structures en échafaudage et puis après il y a de l'encadrement et démontage de structures.

L3 Dr F : D'accord, il y a des opérations qui durent plusieurs jours.

L4 Salarié : Heu oui ça peut être éphémère ou durer plusieurs jours, des fois c'est trois mois, là on a monté une grande palissade pour le musée d'art contemporain ...

5.2.2.5 L'unité « recherche d'informations cliniques »

Le médecin cherche à organiser une structure significative, de type clinique, ayant rapport à la santé physique ou mentale du sujet. Cette unité s'apparente beaucoup plus que les autres à un questionnaire médical de type classique. Les questions qui sont posées par le praticien sont finalisées par la compréhension de l'état de santé du salarié en référence à des symptômes et aux types de maladies auxquels il peut les référer. Cette unité est repérable à travers les questions posées qui ont pour but d'obtenir des données de type symptomatique :

L1 Salarié : Je suis allé aux urgences, donc le gars, il m'a dit que c'était une brûlure. Et pansements pendant une semaine.

L2 Dr P : On voit plus rien, en fait c'était gonflé et rouge, la peau était pas abimée ?

L3 Salarié : Rien. Là c'est une vraie brûlure, c'est une tuyauterie c'est la vapeur quoi.

L4 Dr P : Ça c'est avec la vapeur ?

L5 Salarié : Oui, ça va très vite. J'ai pas le temps de sentir, c'était pas chaud, pas froid...

L6 Dr P : Vous avez pas senti en fait. Vous avez pas de trouble de la sensibilité

L7 Salarié : Si la main droite

L8 Dr P : Ah vous avez la main droite, c'est peut-être pour ça que vous n'avez pas senti

5.2.2.6 Unités « construction d'hypothèse de résolution de problème »

La détermination de la situation professionnelle du salarié et l'évaluation des risques potentiels qu'elle comporte pour la santé du salarié n'est pas uniquement orientée vers un objectif de simple identification de l'activité. Elle est également finalisée par la possibilité d'en retirer une décision pertinente pour l'action. Cette décision, qui se traduit dans l'activité du médecin du travail par la formulation d'un avis et éventuellement de préconisations, est le résultat d'une coopération. Si la coopération est généralement importante dans la réalisation de l'ensemble des unités dialogales, il apparaît que la possibilité pour le médecin de construire des hypothèses efficaces est fortement dépendante de la coopération du salarié. Le praticien compte donc sur cette coopération pour parvenir à construire une ou plusieurs hypothèses qui pourront être validées ultérieurement.

Le praticien formule des hypothèses qu'il exprime par des propositions et des questions très ouvertes. Dans l'exemple suivant, il n'a pas encore formulé un avis définitif. Il réalise plusieurs séries de tests et d'hypothèses.

L1 Dr G : Ça c'est des choses qui restent à définir... plus des tâches de logistiques de maintenance, d'appui aux différents services et direction. Je suppose qu'il y a énormément de documents à préparer, des choses comme ça...

L2 Salarié : (Silence)

L3 Dr G : C'est une direction qui s'appelle : « les moyens généraux ». C'est ce qui se rapproche le plus des tâches de gardien. Avec j'imagine, un petit peu d'informatique... Vous, vous avez aucune communication là-dessus ?

L4 Salarié : Non.

L5 Dr G : Donc pour l'instant, ça reste une hypothèse de travail.

5.2.2.7 Les unités « formulation d'un avis médical » et « formulation de préconisation »

Les échanges langagiers consacrés à la formulation d'hypothèses de solutions ont pour but de construire une décision et des moyens pour l'action. Ce qui constitue une des spécificités de l'activité préventive du médecin du travail, c'est qu'il ne dispose pas de pouvoir, ni de moyen de prescription. Il ne délivre pas d'ordonnance, mais formule des conseils et des préconisations, ce qui ne relève pas du même type de tâche. Il faut distinguer la séquence dialogale par laquelle il formule un avis sur le problème et la situation du salarié, et celle qui lui permet de formuler une préconisation. La formulation d'un avis survient lorsque le médecin retient une hypothèse parmi celles qu'il a élaborées précédemment.

L1 Dr D : Vous êtes parti de cette société comment alors ? En quelles circonstances ?

L2 Salarié : Bah en fait, il a été... j'ai vu à plusieurs reprises un neurologue. Également avec le suivi de la psychiatre, qui... en fait en ont déduit qu'à chaque fois que je retournais sur le lieu de travail... J'étais inapte à retourner...

L3 Dr D : (Lui coupant la parole) D'accord, vous avez été licenciée pour inaptitude médicale.

Salarié : Je pouvais plus dès que je rentrais... et pendant un an...

L4 Dr D : (Lui coupant la parole) C'est ce qu'on appelle le « stress post-traumatique », c'est bien connu.

La « formulation de préconisation » survient chez le praticien lorsqu'il s'agit « d'élaborer une solution qui tienne compte non seulement de la situation concrète, mais également de l'avis et des comportements des acteurs qui devront mettre en œuvre cette solution » (Borzeix, 1992, p. 11). Dans le cas présent, cette solution prend la forme d'une ou plusieurs recommandations adressées soit au salarié, soit à l'entreprise.

Le médecin assure en cela sa fonction de conseiller auprès de l'employeur et d'accompagnement du salarié puisque c'est la recherche d'une solution acceptable par tous les acteurs qui caractérise son activité de service. La « formulation de préconisation » en premier lieu adressée à l'employeur a, dans l'exemple suivant, une portée secondaire de conseil et d'accompagnement du salarié.

L1 Dr P : Bah, moi la formule que je propose ... il y a un juste milieu à trouver à mon avis. Et le juste milieu nécessite, de toute façon, que vous ayez le permis, ou alors vous n'utilisez jamais... vous êtes en train de me dire que vous l'avez déjà utilisée...(Rire)

L2 Salarié : Plein de fois ... au début, on pense au bien de l'entreprise, faut tout faire pour que cela fonctionne. C'est vrai que là, ça me serait utile.

L3 Dr P: Alors moi, j'ai une proposition à vous faire. Je vais en parler à votre chef et lui dire que je pense que sur un plan médical, que vous pouvez utiliser cette nacelle, à condition que l'on vous fasse passer le permis...

5.3 L'organisation de l'enquête « générale » du médecin du travail : accéder à l'expérience d'autrui

Lorsque l'on observe la structure générale de l'activité du médecin du travail durant la consultation médicale, on observe que celle-ci est orientée vers la constitution d'une configuration signifiante de l'expérience du salarié. Pour cela, le médecin du travail ne semble pas emprunter des critères ou des règles à des nomenclatures médicales où il s'agit de « *faire coïncider le tableau clinique présenté par le malade avec une maladie inventoriée, codée, décrite et systématisée préalablement à la consultation dans les traités de pathologie qu'il est censé connaître* » (Cosnier, 1993, p. 23). L'activité du médecin du travail, relève davantage d'un travail « d'enquête », pouvant être soit dirigée vers la détermination d'une situation ou d'un problème précis dans l'activité du salarié, ou encore vers la détermination de l'activité globale du salarié dans le cadre de son travail. De ces deux possibilités dépendent des différents types de consultations médicales du travail (visite d'embauche, suite à un accident du travail, suivi bisannuel, etc.). Dans tous les cas, la démarche d'enquête se réalise de façon similaire selon une série d'étapes aboutissant à la détermination de la situation.

5.3.1 Le passage d'une situation « insuffisamment » déterminée à une situation « suffisamment » déterminée de la situation professionnelle du salarié

La démarche d'enquête est initiée par une situation incomplète, insuffisamment renseignée dans ses attributs, pour le praticien qui doit l'évaluer. Le but poursuivi par le médecin n'est pas non plus de tout comprendre ni de tout connaître de la situation professionnelle du salarié, mais de pouvoir suffisamment déterminer les rapports entretenus entre ce salarié et son environnement, ainsi que leurs conséquences afin de pouvoir mener son action de prévention. Le médecin réalise un certain nombre de liens qui vont lui permettre de se construire une opinion quant à la nature de la situation ou bien d'actions à entreprendre au sein de cette dernière. Il s'agit d'accéder à une compréhension « *suffisamment bonne* » (Winnicott, 1971) de la situation ou du problème qui se présentent à lui. Le but pour le médecin est de transformer la situation indéterminée en une situation *suffisamment* déterminée, c'est à dire suffisamment bonne pour pouvoir agir dans la mesure où elle permet la continuité de l'expérience en cours :

*(Dr F autoconfrontation) : « Là c'est bon, j'ai tout ce qu'il me faut ... J'ai toujours, pas bien compris son travail ! Mais bon, ce sera peut-être pour une prochaine fois »
« Il s'est lâché déjà un peu plus...Mais j'ai toujours pas bien compris. J'ai compris qu'une partie, ce qu'il a bien voulu me dire. J'ai compris ce qui était le plus important pour lui... »*

L'enquête n'aboutit pas forcément à la détermination de la situation comme un tout unifié (Dewey, 2006, p. 169), mais peut-être *suffisamment* unifié. L'enquête prend fin lorsque le médecin peut formuler des propositions opérationnelles, c'est-à-dire « *suffisamment corroborées pour former une unité susceptible de déterminer complètement la situation et donc d'effectuer le jugement* » (Fabre, 2009, p. 55).

5.3.2 La détermination des risques potentiels pour le salarié liés au travail du salarié

L'activité du médecin consiste non seulement à qualifier, mais également à problématiser l'expérience professionnelle du salarié car cette situation se révèle toujours « *problématique* », entendue comme : « *incompressible, car incomplète (car) c'est toujours un texte lacunaire* » (Fabre, 2009 p. 43). Nous pensons en ce sens que l'activité du médecin du travail relève ainsi d'une *démarche d'« enquête »* puisqu'il s'agit pour lui de « *convertir les éléments de la situation originelle en un tout unifié* » (Dewey, 1938-2006, p. 169).

Cette transformation peut concerner de nombreuses conduites humaines. Ce qui constitue la spécificité de la démarche d'enquête du médecin du travail est que celle-ci se réalise dans une relation de service, pour et avec autrui. Le praticien investit grâce au dialogue l'expérience du salarié dans son quotidien professionnel : « *le médecin doit s'en remettre au pouvoir représentatif des mots, il ne peut faire autrement, pris dans l'économie d'une action, il constitue certains termes en indices* » (Dodier, 1993, p. 82). La spécificité de l'enquête du médecin du travail est qu'elle est orientée vers la détermination d'une situation ou d'un problème en référence directe avec la notion de « *risque* » professionnel, c'est-à-dire : « *la possibilité d'occurrence d'un évènement non souhaitable, lié ou engendré par les conditions de travail* » (De la Garza, Weill-Fassina, 2000, p. 217). La prise en compte du risque nécessite, pour le médecin, le repérage d'une menace sur la santé du salarié, mais également « *la possibilité d'occurrence d'un évènement non souhaitable, lié ou engendré par les conditions de travail* » (ibid.). L'enquête permet au médecin de déterminer une situation ou un espace du problème lié au travail du salarié, et si cela constitue des facteurs de « *risque* »,

c'est-à-dire d'exposition de la personne, dans le cadre de son métier à des conséquences non souhaitables ou dangereuses sur son bien-être et sa santé. La situation du salarié est en ce sens au départ toujours « problématique » pour le médecin dans la mesure où elle est indéterminée, incomplète ou imprécise dans ses attributs. Nous avons pu repérer dans nos matériaux, d'après les interprétations produites par les praticiens lors du retour sur l'activité dialogale, que l'indétermination peut être au moins de trois formes différentes :

- 1) vis-à-vis de l'identification de la situation professionnelle du salarié, c'est-à-dire les composantes du métier, les tâches, le contexte d'exercice, etc ;
- 2) vis-à-vis de l'identification du rapport que le salarié entretient avec son travail : par exemple les actions qu'il conduit au quotidien, les relations ainsi que les problèmes qu'il rencontre, etc ;
- 3) vis-à-vis de l'identification de la situation personnelle et sociale qui accompagne ces deux premiers types de composantes.

L'enquête permet de rendre plus déterminée la situation professionnelle du salarié et les risques éventuels qui y sont liés. Elle permet au médecin de répondre aux questions : l'exercice professionnel du salarié a-t-il des incidences sur sa santé ? quelles sont les actions à mettre en œuvre pour préserver la santé du salarié sur son lieu de travail ? C'est parce que le médecin n'a pas à sa disposition de réponses préétablies dans chaque cas singulier qu'il a recours à l'enquête. Il cherche des indices, des éléments de preuve, des buts et des sous-butts qui constituent l'espace du problème.

Dans la mesure où ce processus est à l'œuvre dans la grande majorité des consultations, nous appellerons cette enquête : l'*enquête professionnelle comme action de prévention* ou, plus simplement, *enquête générale* ou *générique* du médecin du travail.

5.3.3 Les rapports entretenus entre les unités dialogales et les composantes de l'enquête du médecin

Les unités dialogales, que nous venons d'identifier entretiennent des liens étroits avec les processus de construction de sens du médecin. L'analyse de l'alternance des tours de parole

met en évidence le rôle organisateur du médecin du travail dans le déroulement des échanges et dans le choix des thématiques abordées.

Les unités dialogales sont ici l'expression et la manifestation des fonctions de l'activité d' « enquête » du praticien. Leur étude permet de réaliser un certain nombre d'hypothèses pour tenter de « *déchiffrer la partition invisible (l'activité d'enquête) qui guide le comportement* » (Kerbrat-Orecchioni, 2006, p. 157) du médecin du travail. L'organisation des séquences dialogales entre le médecin et le salarié met en lumière l'organisation de son activité de recherche et d'interprétation des informations qui dépasse le simple agir communicationnel. La manière dont le médecin conduit le dialogue et organise son processus communicatif renvoie à l'organisation de ses activités mentales qui ne sont pas directement observables, mais dont on peut néanmoins inférer le processus car « *toute production langagière constituait une forme particulière d'activité et/ou d'action, qui avait la propriété de structurer les autres activités/actions humaines, d'ordre non verbal* » (Bronckart, Bulea, 2006, p. 105).

Le processus, à travers lequel le médecin parvient à identifier la situation professionnelle du salarié et déterminer si celle-ci représente un risque pour la santé du salarié, est selon nous appréhendable à travers les cinq étapes constituant le « *schème de l'enquête* » (Dewey, trad. 2006, p. 165) :

- 1) L'émergence d'une situation indéterminée,
- 2) L'institution d'un problème,
- 3) L'élaboration d'une « suggestion »,
- 4) L'expérimentation de la suggestion,
- 5) La formation d'une opinion.

5.3.3.1 L'émergence d'une situation indéterminée

La description de la situation professionnelle du salarié est toujours parcellaire et insuffisamment déterminée pour le médecin, notamment vis-à-vis des risques potentiellement encourus par le salarié :

Fonction 1 : « Le travail c'est toujours une énigme ! Il faut toujours parvenir à comprendre concrètement ce qu'il font et les risques que cela induit... » (Exemples issus de la consultation du Dr F).

5.3.3.2 L'institution d'un problème ou des composantes de la situation

Par une série d'interrogations et l'interprétation des énoncés du salarié, le médecin tente de repérer les composantes du ou des problème(s). Cette étape de l'enquête n'est pas encore orientée vers la recherche de solutions envisageables, mais uniquement par l'intention de délimiter les contours du problème ou de la situation de l'instituer, de le faire exister dans la conversation. L'acteur procède dans cette phase à une observation attentive des difficultés rencontrées par le salarié sans toutefois anticiper sur leurs éventuelles résolutions c'est-à-dire en ne proposant pas de solution hâtive :

Fonction 2 : « Lui je m'aperçois qu'il montait des choses lourdes...avec des dizaines d'hommes, ça va être monté en pleine ville. C'est un machin qui va être démentiel sûrement. Donc si c'est dehors, c'est les intempéries ... »

5.3.3.3 L'élaboration d'une « suggestion » comme solution possible au problème ou possibilité de détermination de la situation

Le médecin établit un certain nombre de liens entre les composantes de la situation lui permettant de construire une *suggestion* qui a pour fonction de proposer des éléments de réponses concernant soit pour l'identification de la situation du salarié, soit pour celle d'un problème. La suggestion assure une fonction d'anticipation d'une transformation attendue dans la situation d'autrui. Cette suggestion constitue un parti pris, un choix d'orientation parmi un ensemble de suggestions possibles :

Fonction 3 : « Donc là, j'ai appris plusieurs choses. Un, il va pas se tuer sur la route parce qu'il couche sur place ; deux, il a plusieurs chantiers à la fois donc charge mentale, parce qu'il n'a pas le droit à l'erreur. Donc plusieurs dossiers à gérer à la fois, je me dis c'est la charge mentale...je commence à avoir une idée, ça commence à se construire dans ma tête... »

5.3.3.4 « L'expérimentation de la suggestion »

Pour être reconnue comme efficiente par le praticien, la suggestion comme solution anticipatrice du problème doit faire l'objet d'une analyse sérielle. L'expérimentation de la

suggestion se réalise à travers une série de tests dans le cours de l'entretien qui ont pour but de l'infirmier ou de la confirmer : est-elle la plus pertinente ? la plus efficace ? Le médecin, tout en continuant à questionner le salarié, éprouve la suggestion au regard d'autres suggestions possibles ou déjà *expérimentées* :

Fonction 4 : « Je lui trouve une tension élevée surtout qu'il est très jeune. Et il a pris onze kilos par rapport à l'année précédente, ça commence à faire beaucoup. Ça permet un peu de replacer dans les facteurs de risques... »

5.3.3.5 La « formation d'une opinion »

L'enquête prend fin lorsque le médecin a construit une opinion sur la situation, lorsqu'une suggestion retenue comme pertinente permet de formuler un jugement. Ce jugement peut être de différentes natures : une « *requalification de l'environnement expérimentiel d'autrui* », (une opinion sur le type de situation vécue par le salarié), soit un « *jugement pratique* » (une opinion sur le type d'actions à mettre en œuvre) (ibid, p. 232). Lorsque l'enquête aboutit à la formation d'une opinion, celle-ci se présente comme une forme de connaissance entendue ici comme un « *critère de vérité* » (ibid, p. 169) :

Fonction 5 : Ca y est celui, là je me dis « c'est bon » ; il est reparti pour un tour, la situation me paraît correcte... et puis il a bien les idées claires sur son boulot...

La reprise des cinq composantes de l'enquête à travers lesquelles le médecin du travail conduit sont action de prévention durant la consultation, nous a permis d'établir une correspondance entre les unités dialogales (le script de la conversation durant l'entretien), et les étapes de la démarche d'enquête à travers laquelle se construisent des connaissances sur la situation du salarié. Cette correspondance entre le script du dialogue et celle de l'enquête du médecin du travail peut être illustrée dans le tableau ci-dessous :

Script du dialogue	Script de L'enquête générale	Unités démarcatives – Marqueurs de délimitation
1 [1à 3] <i>Ouverture</i>	1 Situation obscure (F1)	Début : Ouverture L. 1 [Donc en fait] Fin : connecteur lexical L. 13 [D'accord]
2 [3 à 13] <i>Anamnèse</i>	2 Institution d'un problème (F2)	Début : Marqueur thématique L. 3 [la dernière fois] Fin : connecteur lexical L. 13 [D'accord]
3 [14 à 22] Définition du contexte	3 Institution d'un problème (F2)	Début : Marqueur changement thématique L 14 [le médecin que j'ai vu aux urgences] Fin : Connecteur lexical L 23 [D'accord]
4 [23 à 32] Définition du problème	4 Institution d'un problème (F2)	Début : Connecteur lexical L 23 [D'accord] Fin : Marqueur prosodique L 32 [<i>silence</i>]
5 [33 à 35] <i>Anamnèse</i>	5 Situation obscure (F1)	Début : Marqueur prosodique L 33 [<i>silence</i>] Fin : Marqueur prosodique L 35 [<i>silence</i>]
6 [36 à 53] Définition du problème	6 Institution d'un problème (F2)	Début : Marqueur prosodique L 36 [<i>silence</i>] Fin : Connecteur lexical L 53 [D'accord]
7 [54 à 60] Définition du problème	7 Élaboration d'une suggestion (F3) Expérimentation d'une suggestion (F4)	Début : Changement thématique L 54 [parce qu'au début] Fin : Marqueur prosodique L 60 [<i>silence</i>]
10 [92 à 94] Formulation d'un avis médical	10 Expérimentation de la suggestion (F4)	Début : Changement thématique L 67 [Plus le temps passe] Fin : Connecteur lexical L 95 [Très bien]
12 [125] Hypothèse de résolution de problème	12 Formation d'une opinion (F5)	Début : Connecteur lexical L 126 [Bon] Fin : Changement thématique L 126 [Où est-ce que]
14 [134 à 151] Définition du contexte	14 Institution d'un problème (F2)	Début : Changement thématique L 134 [même pour le chef] Fin : Connecteur lexical L 151 [Alors]
15 [151 à 157] Formulation d'un avis médical	15 Formation d'une opinion (F5)	Début : Connecteur lexical L 151 [Alors] Fin : Marqueur prosodique L 157 [<i>silence</i>]
16 [158 à 170] Définition du problème	16 Expérimentation de la suggestion (F4)	Début : Marqueur prosodique L 157 [<i>silence</i>] Fin : Connecteur lexical L 171 [Alors]
17 [171 à 172] Clôture	/	Début : Connecteur lexical L 171 [Alors] Fin : Clôture L 172 [Merci]

Tableau 8. Identifier dans les rapports entre les séquences dialogales et les composantes de l'enquête

L'organisation des étapes de l'enquête n'est pas isomorphe à l'organisation des unités dialogales, mais elle entretient avec elle un rapport étroit : ses composantes sont construites au cours de la mobilisation des unités dialogales. À chaque unité ne correspond pas forcément une étape de l'enquête. La même étape peut se répéter et se réaliser à travers la même unité dialogale et au contraire au sein d'une autre. On observe en ce sens la dimension itérative des composantes de l'enquête.

5.3.4 Une démarche itérative

La démarche d'enquête du médecin du travail n'est pas linéaire. Au contraire, elle est faite d'hésitations, de ruptures, de retours en arrière ou encore de sauts d'étapes. La compréhension de l'action de prévention passe par une conception de l'activité humaine en termes de *fonctions* ou de *modalités* plus qu'en termes de chronologie car : « l'ordonnancement linéaire

des activités, n'existe que dans les conceptualisations méthodologiques » (Barbier, 2001, p. 312). L'enquête est une activité réflexive, pas une « *simple délibération pratique* » (Dewey, 2006, p. 95). Les discontinuités et les répétitions sont significatives d'une forme de pensée qui s'élabore dans le mouvement, c'est-à-dire qui « *avance, revient en arrière, dit, mais aussi se contredit, évolue par mouvements discontinus et continus* » (ibid, p. 186). L'activité du médecin du travail est une expérience du sensible qui ne se résume pas dans une accumulation d'informations : « *elle n'est pas tant totalité qu'intensité, rythmicité* » (ibid, p. 38). Nous avons tenté de restituer le caractère processuel et itératif de la démarche d'enquête d'un des sujets, en matérialisant l'organisation des fonctions selon un axe chronologique du déroulement séquentiel de la consultation médicale.

Dans la figure présentée ci-dessous, l'axe des abscisses renvoie à la chronologie du dialogue selon le découpage des 20 séquences qui le compose, et l'axe des ordonnées aux cinq fonctions de l'enquête (F1 situation indéterminée, F2 institution d'un problème, etc) :

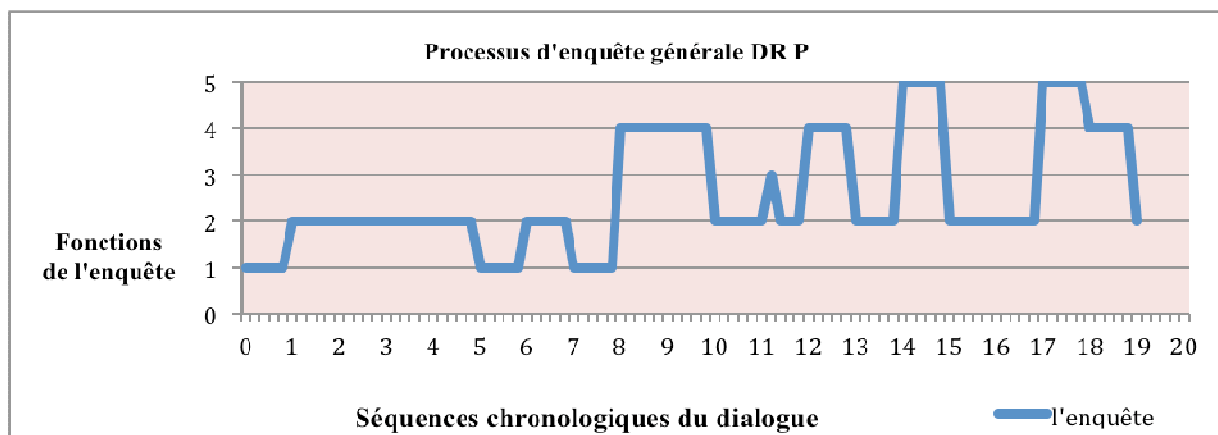


Figure 5. Le processus d'enquête : une démarche itérative

La démarche d'enquête du médecin apparaît comme une activité de « *tâtonnement systématique* ». Elle s'apparente à une succession d'essais « *guidés et contrôlés par la pensée, par la conscience des relations entre certains actes à exécuter et certains buts à atteindre* » (Piaget, 1977, p. 349). Il ne s'agit pas d'un tâtonnement au hasard, mais d'une sélection progressive des informations construites durant la consultation jusqu'à ce que le praticien parvienne à se former une opinion : « *chaque tâtonnement nouveau resserre un peu le cercle au sein duquel s'effectue le tâtonnement suivant (...) qui permet la découverte de nouvelles relations* » (ibid).

5.4 La singularisation de l'enquête du médecin du travail : l'ouverture d'une enquête *dans* l'enquête

L'enquête *générale* du médecin du travail vise à rendre la situation professionnelle du salarié, plus déterminée. Il arrive cependant, que lors d'un échange avec le salarié, le médecin découvre une situation, un phénomène, ou un problème inattendus. Le cours habituel de l'enquête est alors perturbé, et apparaît dans l'enquête générale, en réponse à la perturbation, *une* « enquête dans l'enquête ». Nous avons repéré, dans le processus d'enquête générique, plusieurs espaces de singularisation que nous avons pu caractériser à partir de manifestations d'étonnement ou d'« *affects conversationnels* ».

5.4.1 L'ouverture d'une enquête *singulière* dans l'enquête *générale* pour déterminer un espace inconnu du vécu d'autrui

Le salarié s'attend à ce qu'on lui pose un ensemble de questions au sujet de son activité professionnelle. Le médecin sait que la situation ou le problème doivent être déterminés, construits ou localisés. Il n'est pas surpris du caractère parcellaire ou insuffisamment déterminé du cas qui se présente. Son métier fait partie des métiers d'intervention sur autrui qui se réalisent en grande partie à travers un travail d'investigation et d'exploration de l'expérience de l'autre.

Cependant, il arrive que l'activité dialogale qui sert de support à l'intervention fasse apparaître une zone d'ombre, un aspect inhabituel du problème auquel le professionnel ne s'attend pas et « *il arrive que l'interrogatoire prenne une autre tournure : les réponses du salarié (...) fournissent des repères inattendus, qui brisent le cliché et mettent le médecin sur une autre piste* » (Dodier 1993, p. 76). Dans certaines situations, le médecin focalise son attention sur un aspect du vécu professionnel du salarié qui jusqu'à ce moment n'était pas pris en compte ou était jugé non significatif par rapport aux buts poursuivis. Une nouvelle situation problématique s'imisce dans l'indétermination habituelle. Cet élément problématique ne remet pas forcément en cause la totalité de l'enquête générale. Mais il constitue pour le préventeur un moment de déséquilibre et d'embarras suffisamment significatifs pour nécessiter l'engagement dans une activité d'enquête singulière à l'intérieur de l'enquête générique ou habituelle.

Les médecins du travail ne sont pas étonnés de rencontrer des situations confuses ou problématiques. C'est la routine de leur métier. Cependant, la présence d'éléments inhabituels suscite l'étonnement. L'enquête générique est la plupart du temps orientée vers la détermination d'une situation professionnelle ou la résolution d'un type de problème attendu, car déjà rencontré ou plus exactement déjà *expérimenté* dans le passé. L'enquête singulière apparaît lorsque le praticien « *apprend alors incidemment un segment d'opération sur lequel il n'avait pas porté son attention jusqu'à présent* » (ibid, p.80). L'enquête dans l'enquête a pour fonction de déterminer de nouveaux risques potentiels découlant de cet aspect encore méconnu de l'activité du salarié comme dans les trois exemples suivants :

Ex 1 : Salarié : Parce que physiquement le montage des structures c'est épuisant !

Dr F : Mais vous êtes aux commandes vous ?

Salarié : Oui, mais des fois, il faut que je fasse moi-même, ça me permet de contrôler

Dr F : Ah d'accord !

Ex 2 : Salarié : Donc ensuite les primaires arrivent et on leur sert leur coupe leur viande...

Dr V : Au primaire ?

Salarié : Oh bah les gamins vous savez s'ils peuvent s'éviter ça....

Ex 3 : Salarié : Des fois quand je bosse pour elle (la responsable), il y a une charge de travail qui est tellement énorme !

Dr P : Par contre ce que je trouve étonnant... c'est que vous ne devriez pas travailler pour elle !

Salarié : Ils ne s'entendent pas tous les deux (avec le chef)

Dr P : Mais ça n'a rien à voir ! (...)

Ce processus de singularisation de l'enquête a également des effets sur la nature de l'enquête générique. Si le cours naturel ou habituel de cette dernière est susceptible de reprendre dans la conduite de l'entretien, le but de l'interaction est également redéfini à cette occasion. La conduite d'une activité d'enquête singulière est susceptible de produire au moins deux types de conséquences dans l'activité d'enquête générale du médecin :

- l'enquête singulière peut produire un certain nombre de matériaux qui sont susceptibles de venir alimenter les matériaux déjà construits ou existants de l'enquête générale. C'est un approfondissement ou une spécialisation des informations produites ;
- l'enquête singulière est susceptible d'influencer le cours ou la démarche de l'enquête générale : « formulation d'une opinion » (F5) ou « expérimentation d'une idée » (F4)

apparaissent dans l'enquête générale immédiatement après un ou plusieurs processus de singularisation.

L'enquête dans l'enquête, en raison de sa nature singulière, est localisée dans le cours général de l'action, mais elle obéit aux mêmes lois que l'enquête générale. Elle assure plusieurs fonctions même si sa fréquence et sa place sont réduites à un événement particulier. Les moments de singularisation de l'enquête peuvent être représentés de la façon suivante :

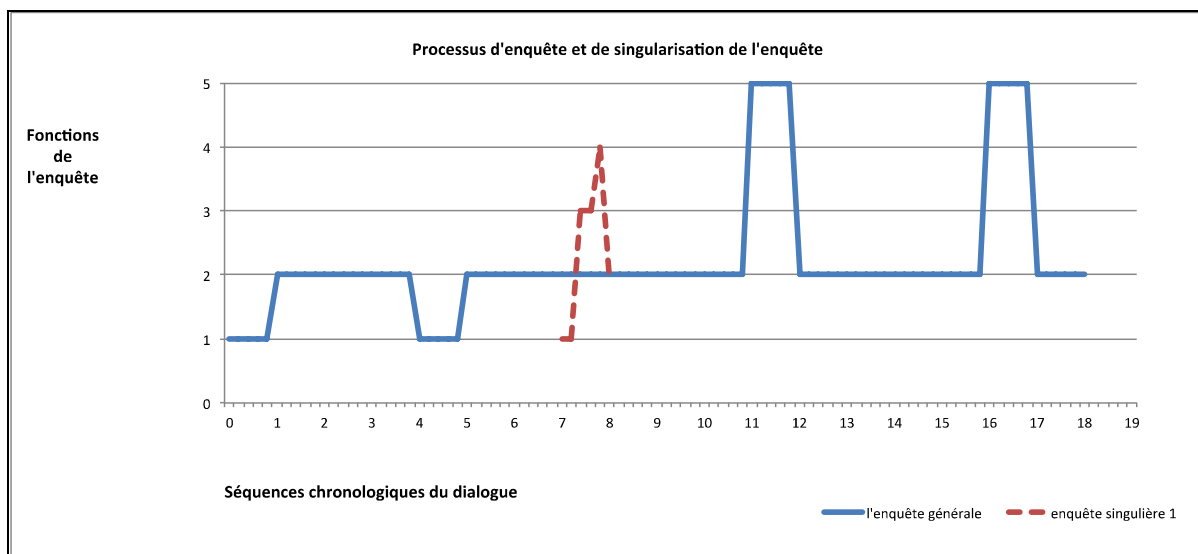


Figure 6. Analyse du processus d'enquête et de singularisation de l'enquête du médecin du travail

Dans cet exemple, l'enquête singulière débute lors de la septième séquence dialogale et lorsque l'enquête générique est à la fonction « institution du problème » (F.2 de l'axe des ordonnées). L'enquête dans l'enquête est circonscrite dans le temps, puisqu'elle se réalise lors des séquences dialogales 7 à 9. Si elle constitue un apport à l'enquête générale qui reprendra par la suite, son ouverture marque un moment d'étonnement du médecin, comme on peut le constater dans cet exemple :

Salarié : Je prends la nacelle pour ménager mes muscles ...

*Médecin : **Mais vous conduisez des engins sur le chantier, vous ?***

(Expression d'un étonnement suffisamment important du médecin pour occasionner l'ouverture d'une enquête singulière)

Salarié : Euh oui... des nacelles et des poids lourds ...

Médecin : Ah d'accord ! (...)

5.4.2 Faire expérience de l'étonnement : le rôle des affects dans le processus de *singularisation* de l'enquête

Les processus de singularisation de l'enquête sont marqués par une rupture dans le cours habituel de l'activité d'enquête du médecin du travail. Il s'accompagne chez le sujet de l'émergence de micro-affects qui confèrent à l'enquête son caractère double : cognitif et affectif. Le rôle joué par les émotions dans le processus de singularisation de l'enquête ne doit pas être restreint au moment où « *une certaine manière d'analyser le monde échappe à tout contrôle* » (Bruner, 2008, p. 136). Les processus mentaux qui accompagnent l'ouverture de l'enquête paraissent davantage liés à l'émergence de processus affectifs qui paraissent étroitement liés à la réduction de la capacité du médecin « *à capter des indices dans ces conditions (qui) devient plus « étroite » ou plus « obsédée par une seule chose* » (ibid., p. 138). L'étude des moments d'irruption d'une enquête dans l'enquête du médecin du travail fait apparaître la présence d'affects conversationnels dont on trouve une trace dans les interactions avec le salarié. Il existe en effet, un rapport étroit entre la présence d'étonnements dans le cours générique de l'enquête, l'expression d'affects à l'occasion de cet étonnement et le déclenchement d'un processus de singularisation. Ces trois phénomènes sont co-présents. Si les phénomènes d'étonnement chez le médecin ne sont pas toujours directement observables, ils peuvent en revanche, être inférés à partir de l'expression d'affects conversationnels dans le discours du praticien. Ces expressions d'affects peuvent être de plusieurs ordres : décalage, embarras, contradiction... Ils indiquent une mobilisation émotionnelle du praticien face à un ou plusieurs énoncés du salarié :

*Dr P : Là où il y a quelque chose qui **me choque et me surprend**, c'est qu'il ne devrait pas y avoir...*

*Dr G : **C'est compliqué** cette problématique, vous étiez bien avec un collègue (...) du coup, **c'est vraiment une source d'accident** pour vous !*

Les affects conversationnels chez le praticien sont une réponse à un ou plusieurs actes de langage du salarié : informer, rectifier, expliciter.... Ces actes de langage sont à l'origine du déclenchement de l'enquête singulière du praticien. Une émotion apparaît chez le médecin « *lorsqu'une certaine manière d'analyser le monde* » (ibid., p. 136) n'est plus tout à fait congruente avec la situation. On trouve dans les verbalisations du salarié, plusieurs exemples d'énoncés qui ont pour intention d'apporter un complément sur sa situation professionnelle et qui ont également pour effet de provoquer un état de surprise ou d'embarras chez le médecin.

Nous avons relevé, en référence à leur contenu et à leur valeur prosodique (changement dans l'intonation), plusieurs exemples de ces échanges. Ces déviations prosodiques n'ont pas uniquement une valeur communicative. Elles constituent également un mode d'expression des affects (surprise ou de désapprobation) chez le praticien : « *par l'intonation le locuteur met en relief les termes auxquels il donne le plus d'importance (...) et peut exprimer son attitude affective* » (Fontaney, 1987, p. 230). En reprenant l'extrait de consultation, cité plus haut, on s'aperçoit que le changement d'intonation constitue un indice de l'apparition d'affects chez le médecin :

L1 Salarié : *Le chef, veut pas me libérer ; il a besoin de moi ailleurs, mais moi je peux pas me mettre en deux !*

L2 DR P : *Par contre **ce que je** trouve étonnant... (Ton descendant à bas / silence)* (Consultation DR P)

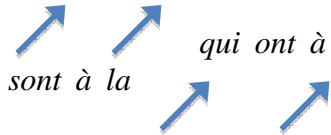


L1 Salarié : *Physiquement, le montage de structures, c'est épuisant, il faut ménager les muscles.*

L2 Dr F : ***Vous conduisez des Fenwick vous ?** (Ton ascendant à haut)*

L3 Salarié : *Euh oui, Fenwick, nacelles, poids lourds...*

L1 Salarié : *Et puis bon j'ai deux collègues de travail qui ont à peu près mon âge et qui sont en accident de travail, qui sont à la maison, coincés !*



L2 Dr G : ***Là, en ce moment ?** (Ton ascendant à haut)*

L3 Salarié : *Oui, ça fait deux ans !*

L'ouverture d'une enquête dans l'enquête est repérable à travers les mouvements intonatifs dans les énoncés du praticien. Les émotions semblent jouer un rôle fonctionnel dans l'action de prévention et sont en lien avec l'ouverture d'une activité d'enquête dans l'enquête générale. Les émotions comportent une composante cognitive (en plus de leur dimension corporelle) et constituent une micro-rupture dans le cours habituel de l'enquête générique, on peut les désigner comme des « *événements ou états du champ affectif qui se caractérisent par un ensemble d'éprouvés psychiques spécifiques accompagnés, de façon variable en intensité et en qualité, de manifestations physiologiques et comportementales* » (Cosnier 1994, p. 14). Elles sont provoquées par l'appréciation de ce qui est désirable ou au contraire de l'indésirable dans la situation en cours d'exploration. La survenance d'une émotion chez le praticien correspond à une « *appréciation subjective de la situation* » (Cahour, Lancry, 2011, p. 102) du salarié.

5.5 Habitudes d'orientation de l'action de prévention et organisation de la démarche d'enquête du médecin du travail

La démarche d'enquête étudiée est finalisée par la détermination des rapports que le salarié entretient avec son activité de travail. L'activité de cadrage de l'expérience d'autrui se réalise à partir d'un ensemble de règles, qui permettent au praticien d'orienter et de guider son action. Le but de la recherche n'est pas de déterminer si les propositions des médecins sont justes ou fausses, mais de comprendre quels sont les principes directeurs de la mobilisation de raisonnements de type « si...alors... ». Ces cadres ne sont pas des stéréotypes transposables à l'identique d'une situation à une autre, mais plutôt comme des systèmes représentationnels sur lesquels s'appuie le médecin et pouvant être généralisables d'un salarié à l'autre.

En référence aux travaux de Galperine (1966) et Savoyant (1979, 1985, 1995), nous désignerons ces phénomènes à l'aide du concept *d'habitude d'orientation de l'action de prévention*. Ces habitudes fonctionnent dans le cours de l'activité comme des manières d'agir et de penser à partir desquelles le médecin assure « *la définition d'une procédure généralisée qui recouvre la réalisation d'opérations d'identification du cas particulier, le classement de ce cas particulier dans une catégorie plus large et la mise en relation du résultat de cette classification avec la procédure d'exécution appropriée* » (Savoyant, 1995, p. 93). La notion d'*habitude* souligne le caractère processuel des *cadres de pensée* du sujet. Il oriente les activités mentales du praticien lors de l'enquête et permet le travail de singularisation de l'expérience d'autrui.

5.5.1 Le rôle des habitudes dans l'orientation de l'action de prévention du médecin

Lorsque le médecin du travail reçoit dans son cabinet médical les salariés des entreprises dont il assure le suivi, il doit atteindre ses objectifs en un temps limité. Durant le temps imparti de la consultation, il doit déterminer la situation professionnelle actuelle du salarié, et détecter les sources éventuelles de risques professionnels : « *le médecin est pris dans l'économie d'un jugement, il doit à un moment donné, clore l'exploration et dire : voilà des risques pertinents* » (ibid, p. 81). Tout l'enjeu est de poser les bonnes questions au salarié pour

parvenir le plus rapidement possible à déterminer la situation. Le praticien s'appuie sur un système de connaissances qui intègre l'univers de son expérience, qui lui permet de se repérer et d'identifier la situation. Il se réfère pour cela à des cadres de pensée considérés comme suffisamment stables et opératoires. Ces médecins du travail sont en effet supposés posséder une expertise vis-à-vis de l'objet spécifique du service. Une des dimensions de leur professionnalité est de se construire au fil de l'expérience « *un système de représentations pour agir efficacement dans ces situations et des conceptualisations qui organisent ces représentations* » (Mayen, 2007, p. 60). Ces représentations orientent leur action de prévention : en tant que sujet je « *ne peux questionner à partir de ces références que grâce à un savoir gros de l'expérience des enquêtes passées et contrôlées (...) il y a donc une base factuelle et idéale à mon questionnement* » (Fabre, 2009, p. 116). Le questionnement comporte en raison de sa singularité, un caractère toujours nouveau. Comme nous pouvons le constater dans l'exemple ci-dessous, le professionnel conduit donc son enquête en se fondant sur un ensemble de connaissances préalables qui lui permettent de se représenter la situation du salarié et les risques potentiels qui en découlent pour sa santé :

(Autoconfrontation Dr G) : « **je connais ce fonctionnement d'entreprise // toute la difficulté, c'est de monter des choses lourdes // ce sont les sollicitations répétées qui génèrent des lésions // mais je sais que c'est une entreprise familiale car les autres employés viennent me voir régulièrement // je connais ce salarié depuis des années // c'est le bénéfice d'expériences multiples...** »

Le rôle des habitudes d'orientation est de permettre au médecin dans chaque situation singulière rencontrée de « *distinguer les propriétés caractéristiques de l'objet (nécessaires à l'accomplissement de l'action), des autres qui ne le sont pas (...), de réaliser non pas une tâche concrète particulière, mais un ensemble de tâches concrètes appartenant à un domaine défini* » (Savoyant, 1979, p. 22). La trace de ces processus est observable dans les interactions langagières avec le salarié :

L1 Dr D: *Alors qu'est-ce que vous faite comme travail ?*

L2 Salariée : *Assistante d'achat chez « M Logistique »*

L3 DR D : *Eh oui ... et qu'est-ce que vous faites ? Je ne connais pas cette société...*

L4 Salariée : *De l'import de packaging, et objets promotionnels*

L5 Dr D : **Ah oui d'accord, ça y est je vois, je vois bien. Oui, je vois j'ai déjà eu des salariés de cette société ... Alors vous êtes donc en charge du suivi promotion ...**

Si les échanges naturels entre le médecin et le salarié constituent les principaux indicateurs à travers lesquels nous inférons ces processus représentationnels, il est également possible d'identifier leur nature et leur rôle à partir des énoncés produits en situation d'autoconfrontation :

Dr D (en autoconfrontation) : « *Donc là elle me dit ce qu'elle fait, moi j'ai reconnu d'après l'entreprise, d'autres salariés de cette entreprise là...donc je vois à peu près de quoi il s'agit... Oui le mot clé c'est « elle fait de l'import » donc de l'import-export. Donc une fois qu'elle m'a dit cela, la question clé, c'est comment ça se passe dans son travail ? (...) Il faut aller à la pêche aux informations ! Laisser venir un petit peu, et voir ce qui sort de la consultation... arriver à comprendre le ressenti... »*

La réussite de l'action préventive dépend donc des habitudes d'orientation qui sont considérées comme efficaces si elles permettent, pour une classe de situations donnée, d'identifier la situation en retenant les « *caractéristiques pertinentes de la situation en fonction des buts visés* » (Mayen, 2001, p.27). C'est à partir de ces habitudes que le praticien va choisir ses questions et interpréter les réponses fournies par le salarié. Elles permettent de réaliser des associations entre des représentations issues de la situation et d'autres connaissances précédemment élaborées, de construire un avis et d'élaborer une réponse.

5.5.2 Les éléments constitutifs de l'habitude d'orientation de l'action de prévention

Les décisions prises par le médecin du travail, qui prennent la forme de préconisations adressées à l'employeur et de conseils au salarié découlent en grande partie de l'activation des habitudes d'orientation. Celles-ci sont organisées autour de deux systèmes de représentations :

- Un système de représentations portant sur la nature de la situation professionnelle du salarié ou du problème à déterminer :

(Ex. consultation Dr D) : « le travail consiste à faire le service et la vaisselle dans une cantine scolaire // la personne qui vient récupérer les repas ne peut pas attendre // la charge physique du travail est importante// les gestes de nettoyage sont difficiles // la salariée est une personne très émotive // il y a eu des conflits avec le cuisinier // c'est un travail usant car il faut toujours se dépêcher ... »

- Un système de représentations portant sur ce qu'il y a à faire dans la situation ou vis-à-vis du problème rencontré :

(Ex. consultation Dr G): « **Il faut négocier** avec l'entreprise une possibilité de reclassement // **il faut s'assurer** qu'il n'y a plus de confusion entre l'espace professionnel et l'espace privé // **il faut prolonger** l'arrêt maladie // **je dois rentrer en contact** avec l'employeur // **il faut s'assurer** qu'il soit reçu dans un cadre structurant »

Si, dans le cours de l'action, ces deux systèmes représentationnels paraissent consubstantiellement liés et fonctionnent en constante interaction, nous distinguons néanmoins l'organisation de ces deux systèmes représentationnels ainsi que ses différents types de composantes car le processus mental qui les sous-tend n'est pas superposable dans l'univers des constructions de sens du sujet.

5.5.3 Le rôle des habitudes d'orientation dans l'activité d'enquête

Les habitudes d'orientation constituent pour le médecin du travail des modes dynamiques d'agir et de penser qui émergent dans le cours de son action de prévention. Ce sont des « *habitudes singulières* » (Lalande, 2006, p. 396). Ce ne sont pas des routines immuables ou de simples répétitions. Ce sont des processus émergeant dans l'activité et comportant toujours une part d'innovation. Les situations de visites médicales ne se répètent jamais à l'identique. Le médecin s'engage toujours dans une opération de reconnaissance active qui comporte en permanence un certain degré d'invention. L'habitude d'orientation propose au praticien des manières d'agir et de penser qui lui assurent une « *régularité sans répétition* » (Garreta, 2002) dans la conduite de son action. Déjà élaborées par le sujet à travers son expérience, les habitudes d'orientation sont activées pour les besoins de l'action comme « *un membre d'équipage prenant son tour de barre* » (Dewey, 1930 p. 29). Elles proposent des modalités de conduite possibles au médecin en fonction de la situation rencontrée : « *les habitudes font tout le travail de perception, de reconnaissance, d'imagination, de remémorisation, de jugement, de conception et de raisonnement* » (Dewey, 1922, p. 124). Elles permettent aux médecins de n'être pas confrontés en permanence à des situations totalement inconnues et de les envisager à partir d'un ensemble stable de représentations qui assure la continuité de son engagement dans l'action.

Dans cet extrait de la consultation du Dr D avec une salariée travaillant dans une cantine scolaire, le médecin semble activer une habitude renvoyant à une classe de situations professionnelles que nous nommerons « assistante de vie scolaire en cantine collective ». Une habitude émerge dans l'activité du préventeur et « *vient prendre à son tour la barre* ». Les

questions posées par le médecin, le contenu de ses relances, ainsi que les informations sur lesquelles il s'attarde, constituent autant de traces empiriques de l'activation par le médecin d'une habitude qui oriente son action à ce moment précis du dialogue.

Dans un premier temps, les questions qu'il pose au salarié sont orientées vers l'identification de gestes répétitifs effectués par la salariée dans son activité quotidienne :

Dr D : (...) *Donc ça consiste en quoi nettoyer le self ?*

S : *Nettoyer toutes les vitres, frotter avec le produit sur toutes les surfaces, les tables.*

Dr D : ***Combien il y a de chaises et de tables ?***

S : *Il y a 30 tables et les 120 chaises, donc je prends un seau d'eau avec du produit et puis avec la lavette je nettoie toutes les tables et toutes les chaises...*

Dr : ***Tous les jours ?***

S : *En théorie je dois laver seulement le mercredi et le vendredi, mais je le fais aussi les autres jours (...)*

Puis, dans un second temps, le praticien organise son enquête à partir d'un système de représentations dans lequel, non seulement l'effectuation de gestes répétitifs peut être une cause de souffrance, mais également le poids des charges à porter :

S : (...) *après je prépare les oranges pour le dessert, je les mets sur les chariots ...*

Dr D : ***il a assez de chariots ?***

S : *oui, oui, je les mets dessus.*

Dr D : ***il y a plusieurs caisses à mettre dessus ?***

S : *Oui bien sûr...*

Dr D : ***elles font combien de kilos ?***

S : *environ dix...*

Dr D : ***et en chambre froide elles sont stockées en hauteur ?***

S : *oui en hauteur et après je les mets sur les chariots...*

Le système de représentations du médecin portant sur la nature de la situation est probablement organisé autour de deux composantes principales: la répétition et la cadence des gestes effectués par la salariée et le poids des charges à porter. Cette habitude peut être synthétisée par le tableau suivant :

	<i>Système de représentations portant sur la nature de la situation – du problème</i>	<i>Système de représentation portant sur ce qu'il y a à faire dans la situation</i>
<i>Les composantes de la situation de travail en général</i>	Le poste de travail est physiquement éprouvant du fait : 1/ de la répétition de gestes pour nettoyer la vaisselle de collectivité , 2/ de la répétition de gestes pour nettoyer la salle et les tables, 3/ des lourdes charges de manutention	Identifier le type de vaisselle effectuée (les cadences, le poids des charges, la fréquence). S'assurer que la salariée dispose de suffisamment de temps S'assurer que la salariée ne porte pas de charges trop lourdes – peut trouver de l'aide.
<i>Le rapport du salarié aux composantes de la situation</i>	C'est un travail usant du point de vue psychique à cause du manque de reconnaissance et de l'insatisfaction des usagers et des autres personnels.	Vérifier que les problèmes physiques ne sont pas aggravés par des risques de types « psychosociaux » à l'intérieur de l'entreprise.

Tableau 9. Exemple des éléments constitutifs de l'habitude d'orientation de l'action de prévention du Dr D

Les verbalisations recueillies lors de l'autoconfrontation du DR D, semblent corroborer l'hypothèse de l'émergence durant cette séquence, d'une habitude lui permettant d'orienter son action de prévention :

« Elle, je ne la connais pas, mais après c'est standard les cuisines en restauration // des réfectoires ; j'en ai vu des tonnes // c'est un problème que j'ai eu dans d'autres cuisines // de mémoire j'ai le souvenir des histoires de dos // pour moi il va de soi que sa préoccupation c'est le poids des containers // c'est la représentation du travail que j'ai ... »

La continuité de l'enquête du médecin n'est, d'une façon générale, possible que grâce à des habitudes d'orientation suffisamment stables qui fonctionnent comme des possibilités d'activités transposables d'une situation à une autre : *« il y a des habitudes impliquées dans toutes les inférences en dépit des différences d'objet (...) ce sont des principes directeurs »* (Dewey, p. 70). Le médecin du travail introduit un principe d'équilibre dans son fonctionnement, à la fois possibilité d'évocation des situations analogues déjà vécues et prévision de ce qui peut advenir. Sans cette continuité *« ni la mémoire, ni la prévision ne pourraient exister, chaque nouvelle impression serait un monde isolé indépendant, sans qualité identifiable »* (ibid., p. 325).

Les habitudes d'orientation permettent au médecin d'attribuer du sens à la situation professionnelle du salarié : *« toute définition de situation est construite selon des principes d'organisation qui structurent des événements (...) et notre engagement subjectif »* (Goffman, 1991, p. 19). C'est à travers ce cadrage que le praticien entre en interaction avec le salarié, qualifie, localise, et replace la situation dans une série d'évènements déjà connus.

Elles sont des moyens d'ancrage de son activité qui répondent à deux questions :

- dans quelle situation je me trouve ?;
- qu'est-ce qu'il y à faire dans ce type de situation ?

Toutefois, il arrive que les évènements ou les processus décrits par le salarié entrent en confrontation avec- ou viennent préciser- l'habitude activée par le médecin dans la situation et qu'alors le « *cours régulier des activités* » (ibid., p. 47) soit momentanément suspendu (rupture du cadre). Lorsqu'aucune habitude n'est adéquate, le médecin n'est plus en mesure de fournir les réponses appropriées et de proposer une action cohérente et « *ne sait plus formuler les bonnes réponses, s'embourbe, (et) la réalité flotte de manière anémique* » (ibid., p. 370), il s'engage alors dans une activité de transformation de ces habitudes.

5.6 La transformation des habitudes d'orientation de l'action de prévention du médecin du travail

Sans les habitudes qui orientent son action, le médecin ne pourrait *expérimenter* qualitativement un cas singulier et les consultations médicales se réduiraient à une simple accumulation d'actes et de faits isolés. Les habitudes d'orientation de l'action représentent à la fois le *moyen* de l'enquête du médecin du travail, et son produit. Elles assurent le guidage de l'activité d'enquête, mais sont aussi réexaminées et donc susceptibles de se modifier à l'occasion de cette enquête. Le médecin peut, dans certaines circonstances, être amené à reconsidérer un ensemble de propositions tenues pour vraies dans un processus de « *mise à l'épreuve des représentations et des faits tenus pour valables* » (Dewey, 1968, p. 19). Les habitudes sont ouvertes au changement et connaissent des évolutions, des transformations dans le cours de l'activité du sujet, car leurs frontières et leur configuration restent plastiques.

Cette modification peut constituer un processus d'apprentissage qui se réalise dans le travail quotidien, lorsque les sujets sont confrontés à un problème ou à des éléments qui résistent à leur compréhension. On observe en effet des moments dans l'activité de ces acteurs où les matériaux construits au sein de la consultation viennent contredire, préciser, modifier leurs connaissances (sur le métier, sur la maladie, sur un groupe de personnes, etc.) élaborées précédemment.

Cet ajustement actif ne conduit pas automatiquement à la réalisation d'un apprentissage, mais il est un préalable obligé qui conduit à « *augmenter la capacité de (ses) instruments à discerner l'espace du problème* » (Dodier, 1993, p. 90). Les sujets témoignent d'ailleurs de ce processus d'apprentissage expérientiel à l'occasion de leur activité de prévention :

« la consultation, ça peut donner des billes » / « ça enrichit considérablement mes connaissances » / « je lui pose la question, car j'ai besoin de savoir pour ma culture générale » / « ça m'apporte des connaissances que je n'aurais pas autrement » / « ça me donne des outils de connaissance intime du poste de travail, que je vais pouvoir réutiliser si je veux » ...

Nous citerons plus loin dans ce chapitre, les différents types de transformations des habitudes que nous avons repérées dans les cours de l'action des médecins. Ces transformations s'opèrent sous certaines conditions dont le processus de singularisation de l'enquête.

5.6.1 Singularisation de l'enquête du médecin du travail et transformation des habitudes d'orientation de son action

L'ouverture d'une enquête singulière provoque chez le praticien qui la conduit de possibles transformations de son champ de connaissances, mais le remet aussi personnellement en cause en tant qu'enquêteur : « *celui qui questionne est lui-même remis en cause* » (Merleau-Ponty, 1979, p. 47). L'ouverture d'une enquête singulière prend la forme d'un « *dilemme au sein de l'activité ou de l'espace d'activité d'autrui* ». Ce dilemme se présente, la plupart du temps comme une contradiction et/ou une indétermination du rapport entre un espace d'activité du professionnel et/ou les conséquences sur sa santé et « *provoque(e) l'occasion ou l'obligation de mobiliser et de relier ces contraintes et ces ressources d'origines différentes* » (Prot, 2011, p. 193).

La transformation qui s'opère ne concerne pas forcément l'intégralité de l'organisation conceptuelle du médecin, mais occasionne néanmoins plusieurs réorganisations qui portent sur plusieurs dimensions : l'émergence de nouveaux éléments constitutifs caractéristiques d'une classe de situations, l'établissement de nouveaux rapports entre des éléments constitutifs existants et enfin, le développement et la complexification du champ d'application de ces éléments constitutifs de l'habitude d'orientation

Ces transformations sont d'ordre *microgénétique* et se présentent sous la forme d'une « *filiation ordonnée de la construction et de l'usage de ces formes de représentations* » (Weill-Fassina, 1993, p. 23). Nous n'avons en effet pas observé l'émergence d'une nouvelle habitude d'orientation au sens strict du terme, mais des transformations par différenciation à partir des habitudes déjà existantes. Elles constituent « *une actualisation, un enrichissement du modèle, une remise en question des représentations* » (Poyet, 1993, p.141) puisqu'il s'agit pour le préventeur d'envisager de nouvelles façons de considérer l'espace du problème et de réaliser un ensemble de liens, qui jusqu'à alors n'étaient pas présents au sein de son habitude d'orientation de l'action préventive. Nous souhaitons illustrer ce processus par le schéma suivant :

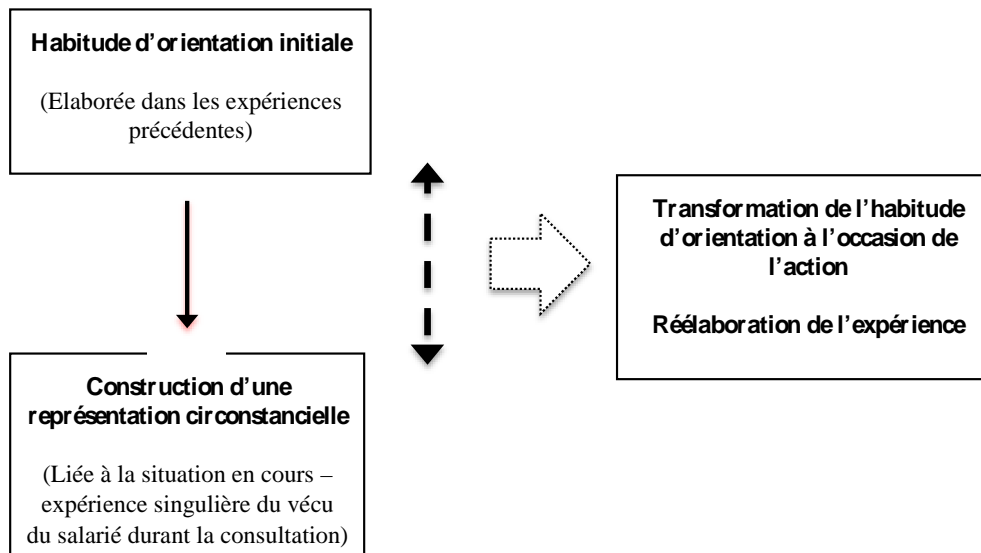


Figure 7. La transformation de l'habitude d'orientation comme mode de réalaboration de l'expérience du sujet

Le repérage au sein de la représentation locale, d'un ou plusieurs faisceaux d'indices non congruents avec l'habitude d'orientation activée, déclenche un processus de singularisation de l'enquête dont le résultat pourra potentiellement se traduire par un réaménagement de l'habitude du praticien. Nous ne prétendons pas rendre compte de l'ensemble des transformations possibles susceptibles de « *se spécifier, se modifier, évoluer quand l'individu est confronté aux obstacles, nouveautés et variations des circonstances* » (Weill-Fassina et al., 1993, p. 22). Nous avons plutôt l'intention d'en identifier trois types nous paraissent particulièrement importants du point de vue des apprentissages.

De nouvelles composantes sont en train d'être élaborées grâce à une « *dynamique des invariants et (que) c'est cette dynamique qui constitue le développement* » (Pastré, 2011, p. 99). Il reste cependant à caractériser et spécifier les types de transformations et de développement des habitudes d'orientation que nous avons pu observer. Nous montrerons ici trois types de transformations qui paraissent particulièrement représentatives des formes de développement des habitudes du praticien à l'occasion de son activité :

1. La transformation comme processus de spécification de l'habitude ;
2. La transformation comme processus d'inclusion de nouvelles composantes;
3. La transformation comme révision des anciennes composantes.

Dans tous les cas, ces transformations occasionnent une réalaboration des composantes de l'habitude et donc un processus de construction de l'expérience chez l'acteur.

5.6.2 La transformation comme *spécification* de l'habitude d'orientation : « en savoir plus sur... »

Une première forme de transformation d'habitude d'orientation que nous avons repérée consiste à construire une nouvelle connaissance relative à un ou plusieurs espaces de l'activité du salarié. Cette transformation que nous nommons *spécification* ne remet pas en cause l'organisation conceptuelle du praticien dans la situation. Elle représente une possibilité d'extension du champ de prévention couvert par celle-ci en venant préciser un aspect de l'activité professionnelle du salarié. Elle entraîne la formation de nouvelles composantes au sein de l'habitude. On observe en effet la construction de nouvelles propriétés de la situation et/ou de nouvelles relations entre ces propriétés, la spécification de l'habitude est alors entendue comme une extension du champ pris en compte du point de vue des composantes et des objets qui participent à l'action. Nous avons repéré deux types de situations à l'origine du processus de spécification : la découverte d'un nouvel espace d'activité du salarié, et la découverte d'un nouveau geste professionnel.

La dynamique de l'expérience/ temporalités	La dynamique de l'enquête	Les processus représentationnels qui orientent l'action de prévention	La dynamique des éléments constitutifs de l'habitude
Temps n°1 <i>Produit – acquis de l'expérience</i>	Issus des enquêtes précédentes	Habitude initiale d'orientation de l'action de prévention du médecin du travail	Ils sont construits précédemment – antécédents à la consultation
Temps n°2 <i>Expérience vécue de la singularité de l'action de prévention</i>	Processus de singularisation de l'enquête	Production d'une représentation locale - particularisée de la situation	Les éléments déjà construits restent opératoires dans la situation + création de nouvelles composantes
Temps n°3 <i>Processus de transformation – de développement réélaboration de l'expérience</i>	Nouveau potentiel d'orientation pour les enquêtes ultérieures	Transformation de l'habitude d'orientation de l'action de prévention à travers un processus de <u>spécification</u> .	Processus de généralisation ↓ Élaboration de nouvelles composantes au sein de l'habitude

Tableau 10. La transformation des habitudes d'orientation en tant que processus de « spécification »

Ce type de transformation que nous nommons dans le langage courant « en savoir un peu plus sur... » est caractéristique des consultations du Dr F et du Dr D.

5.6.2.1 La découverte d'un nouvel espace d'activité : « la conduite de nacelles et d'engins de chantiers chez les intermittents du spectacle » (DR F)

Le médecin du travail reçoit, dans le cadre d'une visite de suivi classique, un salarié exerçant le métier d'intermittent du spectacle. Le praticien, qui a l'habitude de suivre ce genre de salarié puisqu'il a en charge plusieurs entreprises relevant du secteur des arts et du spectacle explique : « *les risques sont toujours un peu identiques : horaires décalés, coût physique du travail (...), mais lui est chef de chantier donc c'est plutôt le stress, le surmenage...* » (a-c¹⁰ Dr F). Le praticien réalise son enquête en l'orientant autour de quatre éléments :

- 1) déterminer les facteurs de stress qui résultent du caractère particulier du statut des intermittents du spectacle : « *c'est un statut très compliqué...c'est un système glissant, personne n'y comprend rien, de plus en plus d'intermittents perdent leur statut parce qu'ils n'ont pas travaillé* » (a-c) ;
- 2) déterminer les risques liés à une mauvaise hygiène alimentaire, ou à de mauvaises conditions d'hébergement : « *le danger réside dans leur consommation de nourriture, de boissons, de drogues et d'excitants pour tenir la cadence* » (a-c) ;
- 3) déterminer le type d'activités physiques réalisées et leur conséquence sur la santé : « *ces gens sont debout et ont une forte activité physique* » (Dr F a-c) ;
- 4) Déterminer la charge mentale du travail pour ce salarié qui a des responsabilités de chef d'équipe sur les chantiers : « *c'est une source d'hypertension et de stress chez ces professionnels* » (a-c Dr F).

L'analyse du contenu des échanges ainsi que les éléments recueillis en autoconfrontation permettent d'inférer une habitude d'orientation initiale construite autour de « *sylogismes conditionnels* » (Richard, 1990, p. 113) mettant en lien l'antécédent P et le conséquent Q de type « SI P alors Q donc P Q » :

- SI le salarié a le statut d'intermittent du spectacle, ALORS il travaille en situation d'incertitude et d'insécurité du point de vue de son salaire et de l'ouverture de ses droits et DONC il en résulte une source de stress ;
- SI le salarié a le statut d'intermittent du spectacle, ALORS les conditions d'hébergement et de prise de repas posent problème et DONC il faut s'assurer que cela ne porte pas atteinte à sa santé sur du long terme ; SI le salarié a le statut d'intermittent du spectacle, ALORS il travaille essentiellement debout et donc l'usure des genoux et du dos et à prévoir ;

¹⁰ Verbalisations recueillies durant la situation d'autoconfrontation

- SI le salarié est chef ou assure les fonctions de chef d'équipe, ALORS il doit coordonner plusieurs travaux en même temps et DONC cela peut occasionner des maladies liées au stress.

Il est possible de schématiser l'organisation des éléments constitutifs de l'habitude d'orientation de l'action de la façon suivante :

	<i>Système de représentations portant sur la nature de la situation – du problème</i>	<i>Système de représentations portant sur ce qu'il y a à faire dans la situation</i>
<i>Les composantes de la situation de travail en général</i>	Le salarié est en situation d'incertitude vis-à-vis de son statut professionnel	S'assurer que le stress n'occasionne pas des problèmes de tension...
	Le salarié est exposé à des risques liés aux conditions d'hébergement et aux modes d'alimentation	S'assurer que le salarié a des temps de repos suffisants, qu'il s'alimente et qu'il ne consomme pas trop d'alcool.
	La charge physique de travail est importante et occasionne des problèmes de dos et de genoux	Vérifier que les légers problèmes physiques du salarié ne soient pas handicapants
<i>Le rapport du salarié aux composantes de la situation</i>	Le salarié a un poste de chef d'équipe, c'est donc avant tout la charge mentale de travail, la tension et le stress qui peuvent poser problème	Vérifier que les responsabilités du salarié sur le chantier n'engendrent pas des situations de stress et ne provoquent pas des problèmes de tension artérielle...

Tableau 11. Habitude d'orientation de l'action initialement activée par le Dr F

Nous pensons que cette habitude d'orientation s'est construite principalement à travers deux espaces d'activités du médecin : les précédentes consultations réalisées avec d'autres salariés intermittents du spectacle : « *c'est des gens qu'on voit une fois par an / souvent on a des intermittents qui nous disent que / c'est courant chez les intermittents...* » ; et les expériences personnelles du médecin (en tant que spectateur et touriste) : « *Avignon, par exemple ils ne sont pas tous logés sur place...* » (a-c Dr F).

La représentation locale construite par le médecin durant cette consultation permet de préciser les activités réalisées par le salarié dans le cadre de ses chantiers. Les informations construites ne viennent pas interférer avec les éléments constitutifs de l'habitude, précédemment élaborés par le médecin dans cette classe de situations (intermittent du spectacle-chef d'équipe). La situation singulière vient corroborer les éléments constitutifs précédemment construits en produisant de façon circonstanciée des informations relatives aux catégories :

- Poste de travail : « *ne se met pas en danger, car dort sur place / poste avec des responsabilités d'encadrements/ travail très physiques* » et
- Rapport du sujet à lui-même : « *importante charge mentale / consommation régulière d'alcool sur le lieu de travail / tension très élevée...* »

Cependant l'analyse du processus d'enquête du Dr F montre que, lors du dialogue avec le salarié, le médecin tout en posant des questions sur le coût physique du travail, va découvrir qu'il avait jusqu'à présent oublié une source de risques potentiels liés à l'utilisation d'engins de chantiers :

Séquence du dialogue entre le Docteur F et le salarié intermittent du spectacle :

L1 Dr F: *Donc au niveau de l'hébergement, c'est l'hôtel, il n'y a pas de problème... et du point de vue de la santé vous suivez ?*

L2 Salarié : *Pour l'instant ça va.*

L3 Dr F : *Comment vont les genoux ?*

L4 Salarié : *Physiquement le montage des structures, c'est épuisant*

L5 Dr F: ***Mais vous êtes aux commandes vous ?*** (Marque d'étonnement : Ouverture activité d'enquête – situation indéterminée)

L6 : *Oui, mais des fois, il faut que je le fasse moi-même, ça me permet de contrôler ce que je fais faire aux autres. Donc je me débrouille... je prends la nacelle pour ménager les muscles.* (Acte de parole EXPLICITER).

L7 Dr F : ***Mais vous conduisez des engins sur le chantier vous ?*** (Recherche de nouveaux indices)

L8 Salarié : *Euh oui... des nacelles, des poids lourds ça arrive*

L9 Dr F : ***Ah d'accord !*** (Possible processus de transformation d'une composante de l'habitude d'orientation – nouvelle détermination de la situation)

Le processus de singularisation de l'enquête a pour conséquence de redéfinir au moins partiellement l'espace du problème investi jusque-là dans la consultation par la production de matériaux qui vont modifier à la fois le cours de l'enquête générale et son contenu. Le processus de singularisation de l'enquête a également pour conséquence de produire au sein de la représentation circonstancielle du praticien, des informations concernant un espace d'activité qui jusqu'à présent n'était pas prise en compte par le praticien : la conduite de nacelle et d'engins de chantier.

Cette découverte est significative pour le praticien, car elle implique de nouveaux risques potentiels au sein de l'activité de travail qui n'étaient pas pris en compte jusqu'à alors dans ce type de situation :

Séquence l'enquête générale	L'enquête singulière	Informations construites	Redéfinition de l'espace du problème
Institution d'un problème	Situation indéterminée / Élaboration d'une idée / Expérimentation d'une idée	Le salarié est particulièrement polyvalent, puisque dans le cadre de son travail, il est également amené à conduire des engins (nacelles, poids lourds...) sur les chantiers. C'est un moyen de contrôler le travail des équipes sous sa responsabilité. Indices : « <i>c'est là qu'on s'aperçoit qu'ils sont très polyvalents (...) ça fait trois ans que je m'en occupe, ça ne m'était pas venu à l'idée qu'il faut avoir le permis poids lourds</i> »	A quelle condition le salarié conduit des engins sur le chantier ?
Institution d'un problème		La prise de repas chaud est assez rare. Mais l'alimentation est à peu près saine. Indices : « <i>donc ça pour moi c'est correct, on a une alimentation qui est acceptable</i> »	Qu'est-ce que la conduite d'engins sur les chantiers occasionne comme risques supplémentaires ?
Formation d'une opinion		Le salarié consomme à peu près quatre verres d'alcool par jour d'alcool par jour. C'est un consommateur occasionnel de cannabis. Indices : « <i>il picole quatre verres par jour, donc c'est un peu au-dessus de la norme</i> ». C'est une source potentielle d'accident surtout s'il conduit des poids lourds sur les chantiers. Indices : « <i>il faut s'assurer que c'est pas un danger pour les autres</i> »	

Tableau 12. La découverte par le Dr F d'un nouvel espace d'activité dans le travail du salarié

L'habitude qui oriente l'action de prévention du médecin du travail dans cette situation reste fonctionnelle et opératoire pour la conduite de l'enquête. Les informations produites de façon occurrente ne viennent pas contredire les éléments constitutifs précédemment construits : ils comportent uniquement des matériaux de précision vis-à-vis des composantes déjà existantes. On constate une réaffirmation du caractère opératoire de l'habitude d'orientation activée ici par ce médecin. Cependant, le processus de singularisation de l'enquête permet de déterminer un espace de l'activité du salarié qui paraissait jusque-là inconnu soit la découverte d'une nouvelle tâche réalisée par le salarié : « la conduite régulière sur le chantier de nacelles et d'engins de chantier ». La découverte de cette nouvelle singularité a plusieurs conséquences concernant l'activité préventive du médecin, car il découle de celle-ci un ensemble de facteurs de risques potentiels qui n'étaient pas encore élaborés dans ce type de situation comme par exemple : « le rapport entre conduite d'engins – stress- et prise d'alcool... ». Cette découverte a des conséquences sur l'action de prévention du praticien et que son habitude s'en trouve spécifiée. Le médecin signifie d'ailleurs cette spécification en ces termes : « *Ca fait trois ans que je m'en occupe ça ne m'était pas venu à l'idée qu'il faut avoir le permis poids lourd pour ce type de boulot* » / « *Je sais qu'il est chauffeur poids lourds, c'est mieux s'il est pas sous l'emprise de drogue ou d'alcool* » (a-c Dr F).

Nous observons que les composantes, pour cette classe de salariés, s'organisent à présent autour de plusieurs facteurs de risques corrélés à la « conduite d'engins de chantier ». Il est possible de schématiser ce changement d'opinion ainsi :

	<i>Système de représentations portant sur la nature de la situation – du problème</i>	<i>Système de représentations portant sur ce qu'il y a à faire dans la situation</i>
<i>Les composantes de la situation de travail en général</i>	Le salarié est en situation d'incertitude vis-à-vis de son statut professionnel	S'assurer que le stress n'occasionne pas des problèmes de tension...
	Le salarié est exposé à des risques liés aux conditions d'hébergement et aux modes d'alimentation	S'assurer que le salarié à des temps de repos suffisants, qu'il s'alimente et qu'il ne consomme pas trop d'alcool
	La charge physique de travail est importante et occasionne des problèmes de dos et de genoux	Vérifier que les légers problèmes physiques du salarié ne soit pas handicapant
<i>Le rapport du salarié aux composantes de la situation</i>	C'est un métier extrêmement polyvalent qui nécessite la conduite d'engins de chantiers tels que des nacelles. La conduite d'engin est un mode de contrôle du travail des membres de son équipe	Identifier les conditions exactes dans lesquelles le salarié conduit des engins. Vérifier que la prise d'alcool ne soit pas un facteur de risque aggravant S'assurer qu'il n'y a pas mis en danger de la santé d'autrui lors de ces conduites
	Le salarié à un poste de chef d'équipe, c'est donc avant tout la charge mentale de travail, la tension et le stress qui peuvent poser problème	Vérifier que les responsabilités du salarié sur le chantier n'engendrent pas des situations de stress et ne provoquent pas des problèmes de tension artérielle...

Tableau 13. Processus de spécification de l'habitude d'orientation du Dr F

Plusieurs indices permettent d'inférer un processus de spécification de l'habitude : l'évocation d'un nouveau potentiel d'orientation à plusieurs occasions dans la suite de l'enquête, ainsi que les verbalisations généralisantes indiquées par le passage de la troisième personne du pluriel (ILS) : « c'est là qu'on s'aperçoit qu'ils (indice potentiel de généralisation) sont très polyvalents en fait // Parce qu'ils ne disent pas qu'ils sont chauffeurs poids lourd // Ça fait trois ans que je m'en occupe, ça ne m'était pas venu à l'idée... parce que lui il est chef de chantier, donc déjà un poste d'encadrement // ça me permet d'étayer un peu mon diagnostic (AC). Cette nouvelle composante peut se résumer par le syllogisme suivant :

- *SI le salarié est chef d'équipe d'intermittents du spectacle, ALORS il conduit probablement des engins sur le chantier ... DONC il faut identifier les conditions exactes dans lesquelles s'effectuent cette conduite et la consommation d'alcool... DONC la consommation d'alcool devient un facteur aggravant... DONC il y a une potentielle mise en danger des autres personnes présentes sur le chantier.*

Nous avons résumé ce processus de spécification dans le schéma suivant :

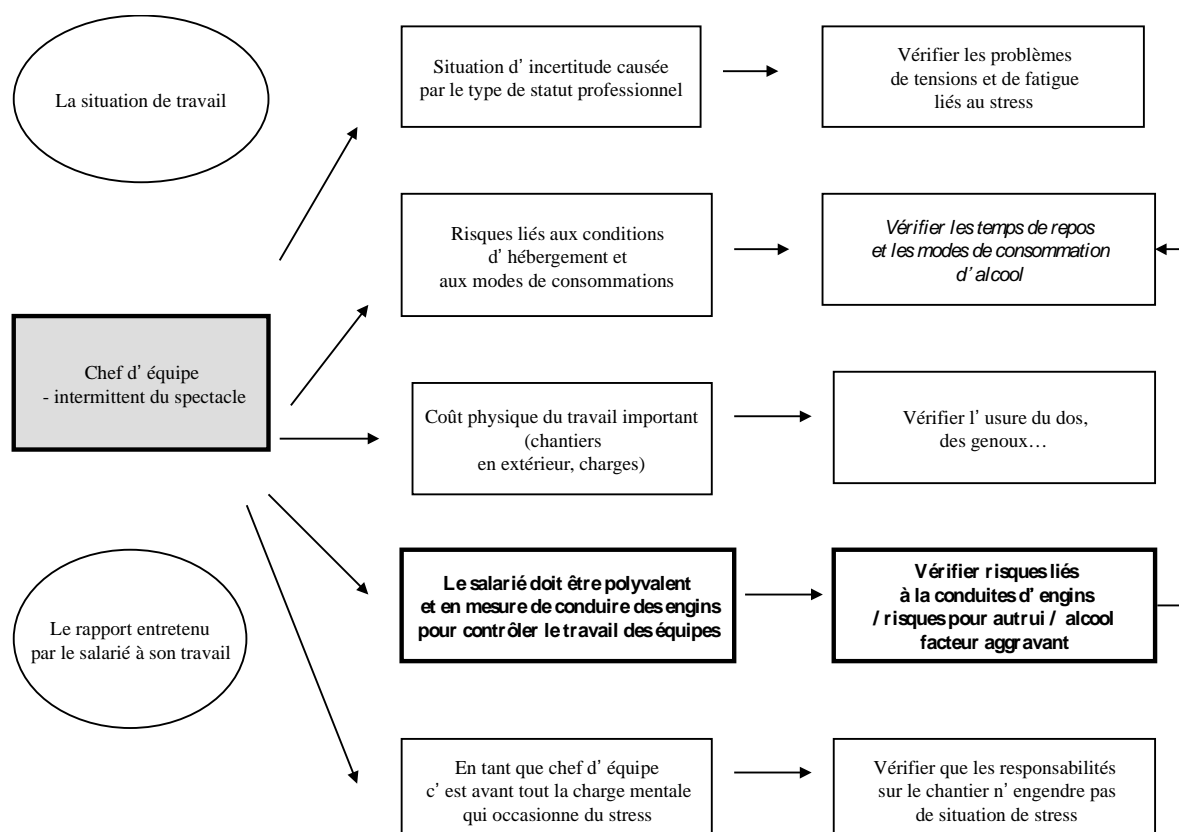


Figure 8. Le processus de réélaboration des éléments constitutifs de l'habitude d'orientation du Dr F

5.6.2.2 La découverte par le médecin d'un geste inattendu : « tendre l'assiette et couper la viande », l'intensification du travail des assistantes de vie scolaire (Dr D)

Le Dr D reçoit dans le cadre d'une visite « à la demande du salarié » une personne travaillant en tant qu'assistante de vie scolaire dans une cantine scolaire d'une importante école primaire bien connue du médecin : « *la géographie du lieu, moi je l'ai en tête, c'est particulièrement mal foutu, j'ai cette image de l'école* » (a-c Dr D). Cette salariée souffre d'un problème de dos (lombalgie), mais présente également une TMS (de type « syndrome du canal carpien ») au niveau du poignet droit. Le médecin du travail connaît bien ce type de poste de travail puisqu'il suit plusieurs salariés travaillant dans la même cantine scolaire ou effectuant le même type de travail dans d'autres cantines de la ville : « *objectivement tous ces travaux il y a une usure qui compte, les cuisiniers et les femmes de service sont mal, parce qu'il faut toujours se dépêcher* » (a-c). L'objectif de la consultation est de parvenir à déterminer les gestes professionnels qui aggravent les troubles musculaires de cette assistante. Le médecin du travail oriente alors son activité d'enquête générale vers la détermination des gestes professionnels exécutés par la salariée, qui constituent un facteur de risque aggravant pour sa

santé. Il s'appuie sur une habitude d'orientation organisée autour de quatre types de composantes :

- 1) Les assistantes réalisent des tâches de vaisselle, il faut déterminer si certaines peuvent être constituées des facteurs aggravants du point de vue musculaire : « *le travail consiste à faire le service et la vaisselle, les gestes pour frotter sont plus contraignants que la simple manipulation de plats* » (a-c) ;
- 2) C'est un métier particulièrement pénible du fait de nombreux ports de charge : il faut déterminer si les tâches de manutention se réalisent dans des conditions favorables : « *La charge physique de travail est très importante, chaises lourdes à porter, etc / Le travail de manutention est important, il y a des caisses qui sont lourdes* » (a-c) ;
- 3) Les assistantes, en plus du service à la cantine, effectuent également le ménage des tables et de la salle avant et après chaque service : il faut déterminer si elles disposent d'un temps suffisant pour faire le nettoyage : « *les cadences de travail sont importantes, il y a plusieurs centaines de repas à servir* » (a-c) ;
- 4) C'est un métier qui est très pénible à cause des conditions de travail : il faut déterminer la nature des rapports existants avec les autres personnels de l'école, les enfants, les parents : « *le métier est pénible, car les enfants sont difficiles à cadrer durant les heures de repas, les parents d'élèves sont très souvent insatisfaits des conditions du service à la cantine* » (a-c DR D) ;

L'analyse du contenu des échanges avec cette salariée ainsi que les propos tenus par le médecin nous permettent d'inférer une habitude d'orientation initiale, que nous pouvons résumer à travers les deux principaux syllogismes conditionnels suivants :

- SI la salariée travaille dans une cantine scolaire, ALORS elle effectue un métier particulièrement pénible du point de vue physique (vaisselle + ménage + manutention), DONC il en résulte d'importantes usures musculaires.
- SI la salariée travail dans une cantine scolaire, ALORS elle effectue un métier particulièrement éprouvant du point de vue psychique, DONC il en résulte des risques de stress et d'anxiété.

Nous pouvons également schématiser l'organisation des éléments constitutifs de l'habitude d'orientation activée par le médecin dans cette situation dans ce tableau :

	<i>Système de représentations portant sur la nature de la situation – du problème</i>	<i>Système de représentations portant sur ce qu'il y a à faire dans la situation</i>
<i>Les composantes de la situation de travail en général</i>	Le poste de travail est physiquement éprouvant du fait : 1/ de la répétition de gestes pour nettoyer la vaisselle de collectivité, 2/ de la répétition de gestes pour nettoyer la salle et les tables, 3/ des lourdes charges de manutention	Identifier le type de vaisselle effectuée (les cadences, le poids des charges, la fréquence) S'assurer que la salariée dispose de suffisamment de temps S'assurer que la ne porte pas de charges trop lourdes – peut trouver de l'aide
<i>Le rapport du salarié aux composantes de la situation</i>	C'est un travail usant du point de vue psychique cause du manque de reconnaissance et de l'insatisfaction des usagers et des autres personnels	Vérifier que les problèmes physiques ne sont pas aggravés par des risques de types « psychosociaux » à l'intérieur de l'entreprise

Tableau 14. Habitude d'orientation initialement activée par le Dr D

Cette habitude orientant l'action de prévention auprès des assistantes scolaires a été élaborée par le médecin dans deux espaces d'activité : les précédentes consultations réalisées avec d'autres assistantes de vie scolaire dans d'autres cantines : « *son poste de travail, je ne le connais pas, mais après c'est standard les cuisines en restauration, des réfectoires j'en ai eu des tonnes / c'est un problème que j'ai dans d'autres cuisines* » ; et les expériences de vie associative relevant de la vie personnelle du médecin : « *c'est une connaissance de vie perso, j'ai participé à des activités associatives et faire un repas pour 110 personnes, je vois ce que cela représente comme vaisselle* » (a-c Dr D).

La représentation locale corrobore les éléments constitutifs de l'habitude qui oriente l'action pour ce type de métier. Elle produit des informations circonstanciées qui intègrent totalement les représentations élaborées par le médecin pour ce type de salarié et notamment autour des composantes relatives aux catégories :

- Poste de travail : « *les containers qui contiennent la nourriture sont très lourds/ chaises lourdes à porter / les gamelles sont lourdes à porter / le métier est difficile à cause du bruit/ le métier est pénible à cause du bruit...* ».
- Entreprise : « *les locaux où s'effectuent les livraisons ne sont pas adaptés / les salariés du service disposent de peu de temps...* ».
- Rapport du sujet à soi : « *la salariée présente des TMS importants / le nettoyage du sol et de la vaisselle sont des tâches extrêmement pénibles et des facteurs aggravants pour la santé physique des salariés* ».

Cependant, l'analyse du processus d'enquête du Dr D montre qu'à l'occasion d'une séquence du dialogue, l'enquête conduite par le médecin subit un processus de singularisation qui permet de déterminer la réalisation d'un geste quotidien dans l'activité professionnelle de cette salariée que n'intégrait pas jusqu'à présent l'habitude d'orientation du médecin.

Le processus d'enquête dans l'enquête permet ainsi de faire émerger la réalisation de deux gestes exécutés de façon répétitive (tendre l'assiette au self et couper la viande aux enfants) qui constituent un facteur très aggravant pour ce type de trouble musculaire :

Séquence du dialogue entre le Dr D et la salariée assistante de vie scolaire :

Salariée : Donc après à 11h45, les primaires arrivent, donc on les sert au self.

Dr D : C'est pas eux qui se servent ? (Expression d'étonnement n°1 : ouverture d'une enquête dans l'enquête).

*Salariée : C'est-à-dire qu'ils prennent leurs couverts, leur verre et leur entrée, **mais nous on est aux plats chauds, on sert à l'assiette !** (Acte de parole EXPLICITER)*

Dr D : Ils ont le choix ? (Recherche de nouveaux indices)

Salariée : Non c'est pas possible. Mais les primaires ont leur sert de tout, même si les légumes ils ne les mangent pas de toute façon. (Acte de parole EXEMPLIFIER)

*Salariée : Donc ensuite, les primaires arrivent, ils sont quarante-cinq, et puis, **on leur coupe leur viande** (Acte de parole EXPLICITER)*

*Dr D : **Au primaire ?** (Expression d'étonnement n°2).*

Salariée : Oui parce qu'ils ne savent pas encore. (Acte de parole EXPLICITER). Oh bah, les gamins, vous savez, s'ils peuvent s'éviter ça... (Rires).

Dans cette situation, le processus de singularisation de l'enquête permet de préciser l'espace du problème en produisant deux nouvelles informations qui viennent mettre en lumière deux nouveaux gestes effectués par la salariée qui ont beaucoup d'importance pour le médecin. Il n'y a pas de redéfinition de l'espace du problème, mais une nouvelle détermination de ses attributs, comme nous pouvons l'observer dans le tableau ci-dessous :

Séquences de l'enquête générale	L'enquête singulière	Informations construites	Espace du problème
Institution problème	Situation confuse / Institution problème / Élaboration d'une idée	La salariée durant les repas est également en charge d'aider les enfants à couper leur viande. : « quand elle raconte que les gamins de l'école primaire ne savent pas couper leur viande, ça je le découvre »	Dans quelle mesure est-il possible d'explicit er le rapport précis entre les conditions de travail et les TMS du salarié ?
Institution problème		La salariée doit faire passer la vaisselle à la personne en charge de la vaisselle.	
Institution problème		La salariée n'a plus la responsabilité du nettoyage entre chaque service, mais cela est vécu comme du travail mal fait.	
Expérimentation idée		Le poids des chaises a toujours été un problème pour le dos.	
Institution problème		La salariée s'occupe du nettoyage de toutes les tables et des chaises.	
Institution problème		Les cadences de travail sont soutenues lors de la préparation des repas Indice : « c'est couteux physiquement »	
Formation opinion		Son travail est à l'origine de son TMS à la main, à cause des efforts répétés Indice : « ça explique comment elle s'est fait son canal carpien, parce qu'elle s'est pas économisée jusque-là »	

Tableau 15. La découverte par le Dr D d'un nouveau geste effectué quotidiennement par le salarié

L'habitude d'orientation de l'action reste opératoire puisque les informations construites de façon circonstancielle viennent corroborer l'ensemble des éléments constitutifs précédemment construits pour ce type de poste : charges lourdes, gestes répétitifs et cadences provoquent des troubles musculaires. Cependant le processus de singularisation permet d'identifier des gestes de travail qui n'étaient jusqu'à présent pas pris en compte. Cette nouvelle détermination provoque un processus de spécification de l'habitude d'orientation. Les éléments constitutifs de l'habitude mobilisés par le préventeur dans ce type de situation sont en effet potentiellement enrichis par de nouveaux facteurs aggravants les risques de TMS: la répétition du geste de couper la viande + tendre l'assiette chaude aux enfants.

Il est possible de schématiser cette spécification de l'habitude d'orientation de la façon suivante :

	<i>Système de représentations portant sur la nature de la situation – du problème</i>	<i>Système de représentations portant sur ce qu'il y a à faire dans la situation</i>
<i>Les composantes de la situation de travail en général</i>	Le poste de travail est physiquement éprouvant du fait : 1/ de la répétition de gestes pour nettoyer la vaisselle de collectivité, 2/ de la répétition de gestes pour nettoyer la salle et les tables, 3/ des lourdes charges de manutention.	Identifier le type de vaisselle effectuée (les cadences, le poids des charges, la fréquence). S'assurer que la salariée dispose de suffisamment de temps S'assurer que la salariée ne porte pas de charges trop lourdes – peut trouver de l'aide.
	4/ de la répétition de l'intensification de gestes pour couper la viande aux enfants.	S'assurer que la répétition de gestes pour couper la viande ne soit pas un facteur aggravant du point de vue musculaire (la main) et du point de vue dorsal (position penchée et jambes pliées)
	5/ de la répétition de gestes pour tendre les assiettes chaudes lors du service au self	S'assurer que la répétition de gestes pour tendre l'assiette chaude lors du service au self (bras allongé) ne soit pas un facteur de risque.
<i>Le rapport du salarié aux composantes de la situation</i>	C'est un travail usant du point de vue psychique à cause du manque de reconnaissance et de l'insatisfaction des usagers et des autres personnels.	Vérifier que les problèmes physiques ne sont pas aggravés par des risques de types « psychosociaux » à l'intérieur de l'entreprise.

Tableau16. Processus de « spécification » de l'habitude d'orientation du Dr D

Cette dynamique de spécification de l'habitude d'orientation de l'action de prévention, s'appuie également sur le repérage d'indices langagiers présents dans les propos tenus par le médecin en autoconfrontation et portant précisément sur la découverte de ces deux nouveaux facteurs de risques :

« *Moi je vois un peu comment elle vit son travail à travers ça. Mais en même temps, il y a des choses qui sont apparues dans ce qu'elle a dit, c'est important pour moi. Quand elle raconte que les gamins de l'école primaire, entre 6 et 10 ans ne savent pas couper leur viande, ça je le découvre ! Mais en même temps, ça me donne des éléments pour ces collègues que je connais* »

On peut constater que les deux gestes de travail nouvellement déterminés lors du processus de singularisation de l'enquête subissent *a priori* un processus de généralisation pour cette classe d'activités : « *ça me donne des éléments pour ces collègues* ».

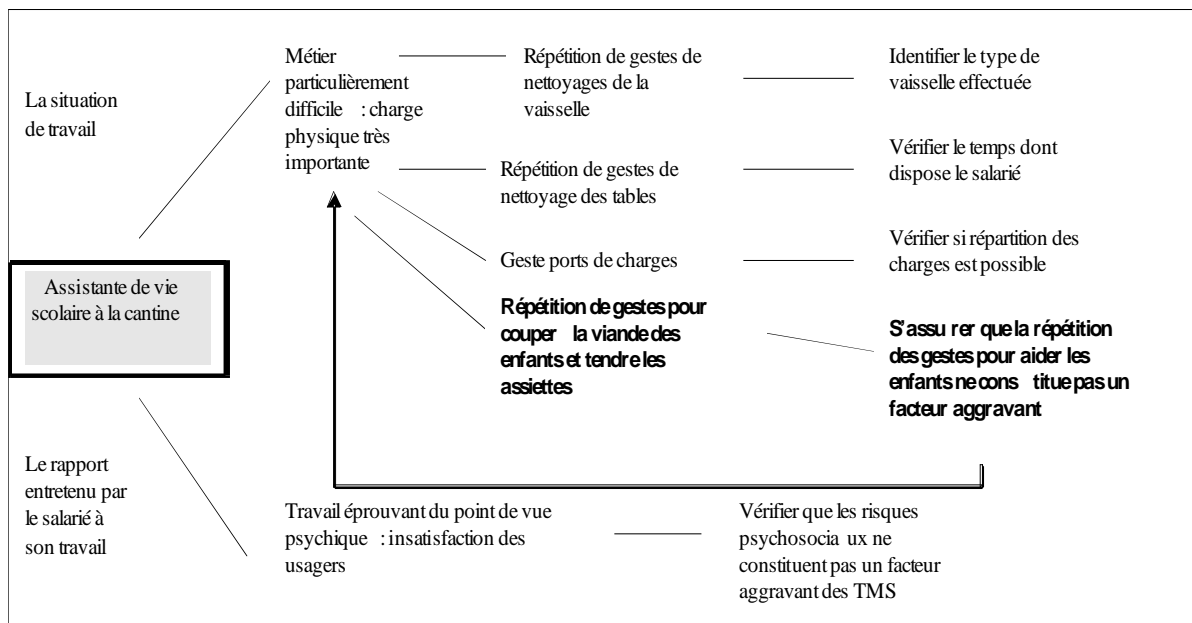


Figure 9. Le processus de réélaboration des éléments constitutifs de l'habitude d'orientation du Dr D

5.6.3 La transformation comme *inclusion* d'une nouvelle composante dans l'habitude d'orientation : « faire le lien avec »

La dynamique de transformation des éléments constitutifs de l'habitude d'orientation de l'action de prévention du médecin peut consister en une inclusion d'un élément habituellement destiné à une autre classe de situation professionnelle. L'inclusion réalise de nouveaux liens pragmatiques avec une composante déjà élaborée par l'importation d'une ou plusieurs autres habitudes. Dans le langage courant, l'inclusion est désignée par l'expression : « faire le lien avec ». L'inclusion apparaît dans l'exemple suivant :

La dynamique de l'expérience/ temporalités	La dynamique de l'enquête	Les processus représentationnels qui orientent l'action de prévention	La dynamique des éléments constitutifs de l'habitude
<i>Temps n°1</i> Produit – acquis de l'expérience	Issus des enquêtes précédentes	Habitude initiale d'orientation de l'action de prévention du médecin du travail	Ils sont construits précédemment – antécédents à la consultation
<i>Temps n°2</i> Expérience vécue de la singularité de l'action de prévention	Processus de singularisation de l'enquête	Production d'une représentation locale - particularisée de la situation – établissement de liens avec une autre classe de situation	Les éléments déjà construits restent opératoires dans la situation + inclusion d'une autre composante destinée habituellement à une autre classe de situation
<i>Temps n°3</i> Processus de transformation – de développement réélaboration de l'expérience	Nouveau potentiel d'orientation pour les enquêtes ultérieures	Transformation de l'habitude d'orientation de l'action de prévention à travers un processus « d'inclusion »	Processus de généralisation du caractère opératoire de l'inclusion de la composante dans l'habitude Importation de composantes précédemment construites

Tableau 17 La transformation des habitudes d'orientation en tant que processus « d'inclusion »

Durant cette consultation, le médecin du travail reçoit un salarié exerçant le métier de livreur de meubles dans une grosse entreprise appartenant à une grande chaîne de magasins. L'essentiel de son travail consiste à récupérer des meubles dans les entrepôts de ce magasin, de les charger dans des camions de livraison, puis de les livrer chez des particuliers qui en ont fait l'acquisition. Les livraisons concernent essentiellement des produits (meubles de salon, canapés...) que les acheteurs n'ont pas pu emporter par leurs propres moyens, du fait de leur

volume et/ou de leur poids. Le salarié vient en consultation dans le cadre d'une « visite de reprise » après un accident du travail et des souffrances au dos. Le médecin du travail connaît particulièrement bien ce poste de travail, mais aussi le salarié reçu, ainsi que l'entreprise qui l'embauche, car il suit les salariés de cet établissement depuis plusieurs années. Le praticien oriente son enquête vers l'identification des activités pathogènes pour l'usure précoce du dos du salarié. Il mobilise une habitude d'orientation de l'action de prévention centrée sur quatre types de critères :

- 1) déterminer le coût physique de ce travail pour le salarié, car c'est un métier particulièrement usant du fait des poids des charges à soulever : « *Le métier n'est pas prévu pour économiser la santé du salarié* » (a-c) / « *Difficulté de porter des charges lourdes et encombrantes dans des espaces restreints* » (a-c) ;
- 2) déterminer si l'organisation matérielle et spéciale de l'entrepôt est un facteur aggravant pour la santé du salarié : « *Avant l'entreprise était dans des locaux très mal adaptés, où les moyens de tensions n'étaient pas bon* » / « *C'est à présent une énorme surface de vente en périphérie de la ville* » (a-c) ;
- 3) déterminer si les modes de management et d'organisation du travail représentent un facteur aggravant ou au contraire une aide pour les salariés (relation avec la direction, et les autres collègues de travail) : « *Plusieurs équipes de livraisons travaillent en même temps* » / « *Les livreurs ne sont pas assez nombreux pour chaque livraison* » ;
- 4) déterminer si le salarié subit des pressions de la part de la direction (cadences de travail), pour respecter les délais et les engagements pris par le magasin envers le client et formulés dans les conditions de vente : « *L'employeur a besoin d'un service de livraison de qualité dans un temps restreint pour éviter les litiges* » (a-c DR G).

L'analyse des matériaux langagiers qui composent l'activité dialogale de cette consultation permet d'inférer une habitude construite autour des composantes suivantes :

- SI le salarié est livreur de meubles pour une grosse chaîne de magasins, ALORS c'est un métier extrêmement pénible et dangereux du fait des ports de charges très importants et répétitifs, DONC les risques d'accident du travail sont nombreux.
- SI le salarié est livreur de meubles pour une grosse chaîne de magasins, ALORS l'organisation du lieu et des outils de stockage a de fortes conséquences sur le plan physique, DONC il faut s'assurer que l'espace de travail et les outils mécanisés sont ergonomiques pour les agents.
- SI le salarié est livreur de meubles pour une grosse chaîne de magasins, ALORS les modes de gouvernance, de coopération et de répartition des tâches au sein de l'entreprise deviennent des éléments décisifs, DONC il faut s'assurer que le travail en équipe se déroule dans de bonnes conditions.

Nous pouvons schématiser l'organisation de cette habitude d'orientation de l'action préventive du médecin dans cette consultation, de la façon suivante :

	<i>Système de représentations portant sur la nature de la situation – du problème</i>	<i>Système de représentations portant sur ce qu'il y a à faire dans la situation</i>
<i>Les composantes de la situation de travail en général</i>	Le salarié porte des charges très lourdes à répétitions, ce qui constitue un facteur de risque d'accidents et d'usure corporelle très importants.	Vérifier la santé physique du salarié et l'usure liée aux ports de charges
	Le salarié charge les camions de livraison	S'assurer que les modes de stockage et de chargements soient adaptés pour le salarié.
	Le salarié travaille en équipe et plusieurs équipes travaillent en même temps	Vérifier que la répartition des tâches entre les équipes est efficace et qu'un système d'entraide existe
<i>Le rapport du salarié aux composantes de la situation</i>	Le salarié a d'importants problèmes de dos et revient pour cette raison d'un arrêt du travail de plusieurs semaines	Vérifier que l'état de santé physique du salarié (dos) permet une reprise du travail sur le même poste
	Le salarié est confronté à des exigences de rendements importantes, imposées par la direction pour satisfaire les clients	Vérifier que les cadences fixées par la direction sont réalisables et qu'elles ne font pas encourir aux salariés des risques supplémentaires

Tableau 18. *Habitude d'orientation initialement activée par le Dr G*

Le médecin du travail connaît bien le métier de ce salarié ainsi que son environnement professionnel. Il mobilise une habitude d'orientation qui s'est construite à travers plusieurs espaces d'activité : les précédentes consultations réalisées avec ce salarié : « *je connais ce salarié depuis des années* » (a-c); les précédentes consultations réalisées avec les autres salariés de la même entreprise de livraison : « *je suis les autres employés, je connais ce fonctionnement d'entreprise* » (a-c) ; une visite d'observation des conditions de travail effectuée dans l'entrepôt de stockage : « *j'ai rédigé un rapport d'observation critique sur cette entreprise* » ; les précédentes rencontres avec le patron de cette entreprise : « *l'employeur vient me voir régulièrement* » (a-c). Le praticien estime que les espaces d'activités qui ont permis la construction de l'habitude d'orientation sont complémentaires : « *ça c'est le bénéfice des expériences multiples* » (a-c DR G)

La représentation locale élaborée par le praticien à l'occasion de cette consultation vient corroborer les éléments constitutifs de l'habitude pour ce type de salariés. Plusieurs informations précisent et renforcent l'habitude d'orientation construite par ce médecin notamment pour les catégories suivantes :

- Poste de travail : *les livraisons ne peuvent s'effectuer de façon mécanique / pas de système de mécanisation des ports de charge / Pénibilité du fait du système de livraison.*
- Fonctionnement de l'entreprise : *plusieurs autres salariés sont actuellement en arrêt du travail également pour des douleurs dorsales / important turn-over du fait de la forte pénibilité du travail*
- Le salarié : *revient d'un arrêt du travail pour problèmes de dos causés par l'usure des ports de charges / les douleurs au dos sont de plus en plus importantes.*

La plupart des informations construites durant la consultation ne constituent pas un facteur d'étonnement ni de surprise pour le praticien. Cependant, lors d'un des nombreux échanges consacrés à l'identification des sources d'accidents lors de la livraison des meubles, le médecin du travail découvre une nouvelle cause d'accident qu'il n'envisageait pas jusqu'à présent dans ce type de situation :

Séquence du dialogue entre le médecin et la salariée Livreur de meubles

L1 Dr G : vous trouvez que les meubles sont de plus en plus lourds ?

L2 Salarié : *Ah oui, j'en suis certain oui ! Quand on les livre dans les escaliers... Et puis j'ai deux... comment dire... j'ai deux collègues de travail qui ont à peu près mon âge et qui sont en accident de travail, qui sont à la maison, coincés !* (Acte de Parole : EXPLICITER)

L3 Dr G : **Là, en ce moment ?** (EXPRESSION D'ÉTONNEMENT : ouverture d'une enquête singulière).

L4 Salarié : *Oui, ça fait deux ans !* (Acte de Parole EXPLICITER) *Moi j'avais mon partenaire, vous avez certainement son dossier, on a travaillé 22 ans tous les deux. On se connaissait tout ça, les mouvements on connaissait...* (Acte de Parole EXEMPLIFIER).

L5 Dr G : **Vous étiez bien coordonnés ...** (ENQUÊTE : élaboration d'une suggestion)

L6 Salarié : *Voilà, on était complémentaires et ça fait, deux ans, maintenant ils nous ont séparés pour former les jeunes... Mais voilà, c'est jamais les mêmes jeunes, il n'y a en a pas un qui porte pareil !* (Acte de Parole EXPLICITER) *Et puis voilà, il y a un canapé qui part de travers dans l'escalier, je donne le coup de rein pour pas l'abîmer... Et tout ça accumulé fait qu'au moins une fois par an, je me coince.* (Acte de Parole EXEMPLIFIER)

L7 Dr G : **C'est compliqué cette problématique, effectivement, vous étiez bien avec un collègue et du coup, vous vous économisiez, vous étiez super efficaces par rapport aux contraintes de la manutention** (ENQUÊTE : formation d'une opinion)

Salarié : *Voilà.*

L8 Dr G : **Mais alors du coup, pour vous c'est une source d'accident du travail !** (ENQUÊTE : la situation singulière est déterminée)

L9 Salarié : *Ah, ça m'esquinte...à*

Ce processus de singularisation de l'enquête a pour conséquence de redéfinir l'espace du problème qui était jusqu'à présent construit à travers l'enquête générique du médecin du travail durant la consultation. Si les conséquences sur la santé physique restent inchangées (problème de dos et risque très important d'accident) ce sont néanmoins les causes ou la source de ces risques dans le travail qui sont partiellement enrichis. Un nouveau motif d'accident est repéré, une nouvelle raison de la pénibilité du travail dans l'entreprise pour les salariés : le changement des équipes et des binômes de travail durant les livraisons. L'ouverture et la conduite d'une enquête singulière a pour conséquence de redéfinir l'espace du problème construit par le médecin du travail, comme on peut le lire dans le tableau suivant :

Séquences de l'enquête générale	L'enquête singulière	Informations construites	Redéfinition de l'espace du problème
Situation obscure		Un arrêt pour accident du travail	Dans quelle mesure l'augmentation du poids des charges est en cause ?
Institution problème		Arrêt de travail pour usure du dos.	
Institution problème		Les meubles sont de plus en plus lourds	
Élaboration d'une suggestion	Situation confuse / Institution problème / Formation d'une opinion	Il y a une perturbation des équipes de travail. Le salarié ne porte plus les charges avec son partenaire habituel. La formation des jeunes occasionne des perturbations dans les équipes de travail. Cette désolidarisation est potentiellement source d'accidents du travail.	Dans quelle mesure la perturbation des équipes de travail est-elle la cause de la fragilisation des salariés de l'entreprise ?
Élaboration d'une suggestion		C'est le changement d'équipe qui occasionne l'augmentation des risques. C'est la formation des jeunes qui est problématique dans l'organisation du travail	

Tableau 19. La découverte par le Dr G d'un nouveau type de problème dans l'organisation du travail

Ce type de transformation de l'habitude d'orientation de l'action de prévention consiste à inclure au sein de celle-ci un nouvel élément constitutif de l'habitude, qui n'était jusque-là tenu pour vrai et utile, pour cette classe de situations. On constate que la plupart des informations construites par le médecin de façon circonstancielle viennent corroborer les éléments constitutifs de l'habitude. Cependant, l'enquête singulière permet d'identifier une nouvelle source de risque (la restructuration des équipes de livraisons) qui permet au médecin de construire une nouvelle cause d'accidents du travail au sein de l'entreprise. Le médecin se construit une opinion sur la situation qui intègre désormais cette nouvelle source d'accidents :

« Il y avait tout un savoir-faire de cette équipe, et il faut former les jeunes, le patron, commence à penser à la relève. Donc il a désolidarisé ses équipes qui fonctionnaient bien, tout le savoir-faire, toute la synchronisation, les règles de métier. Pour reconstruire quelque chose derrière, avec des jeunes... Après ce sont des jeunes, donc ils sont forcément différents ... » (a-c Dr G).

Ce type de transformation relève d'un processus d'inclusion et non pas de spécification dans la mesure où il ne s'agit pas de la création d'un nouveau critère de prévention, mais de son importation d'une ou plusieurs autres habitudes renvoyant à d'autres classes de situations de travail. Plusieurs indices langagiers au sein de l'activité dialogale correspondante à ce moment de singularisation de l'enquête durant la consultation, laissent en effet apparaître que la composante perturbation - changement des équipes de travail = risque potentiel pour le salarié c'était déjà construit dans une autre consultation relative à une autre situation

professionnelle. Lorsque le salarié évoque l'idée qu'il « connaissait mieux » ses anciens collègues » (L4), le praticien formule en réponse à cet acte d'exemplifier, un énoncé introduisant le concept de « coordination » (L5), puis « d'économie » (L7) du coût physique du port de charge sur la santé du salarié. Le processus de singularisation ne suppose donc pas ici la construction d'une nouvelle composante (qui aurait nécessité des questions relatives à ce processus de désorganisation et à ses conséquences d'un point de vue physique), mais à son inclusion dans ce type de situation. Ce qui constitue un facteur d'étonnement pour le médecin dans cette situation, ce n'est pas l'établissement d'un rapport entre le changement d'équipe et l'augmentation des risques sur la santé des salariés, mais plutôt l'existence de ce rapport, dans cette classe de situation « salariés livreurs de meubles ». Ce processus d'inclusion intervient lors de la détermination du problème au sein de cette enquête singulière, qui s'apparente à un processus d'attribution de ce phénomène à ce type de salarié et dont on fait l'hypothèse à travers l'énoncé du médecin « du coup, pour vous, c'est une source d'accident » (L8). Le vocable « **pour vous** » constitue un indice du processus d'inclusion dans l'habitude d'orientation :

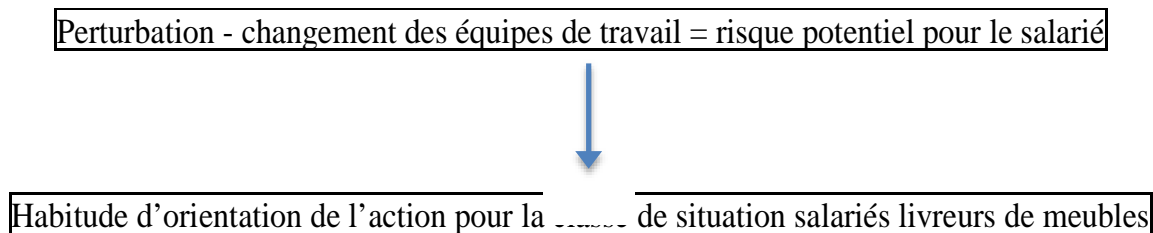


Figure 9. L'inclusion au sein de l'habitude du Dr G de la composante « perturbation des équipes de travail

Cette inclusion d'un nouvel élément de connaissance de la situation a pour conséquence de fournir au médecin un enrichissement du système de conception portant sur ce qu'il y a à faire dans la situation. Les autres éléments constitutifs de l'habitude restent opérationnels, mais s'y rajoute la nécessité de contacter l'employeur pour formuler des préconisations sur l'organisation du travail qui réduiraient les facteurs de risque liés à la réorganisation des binômes : « *il faut changer l'état d'esprit dans l'entreprise* » // « *Après il va falloir que je me rapproche de l'employeur pour travailler sur l'organisation du travail* » (a-c Dr G). Ce processus de transformation par « inclusion » de composante peut se résumer de la façon suivante :

	<i>Système de représentations portant sur la nature de la situation – du problème</i>	<i>Système de représentations portant sur ce qu'il y a à faire dans la situation</i>
<i>Les composantes de la situation de travail en général</i>	Le salarié porte des charges très lourdes à répétitions, ce qui constitue un facteur de risque d'accidents et d'usures corporels très importants	Vérifier la santé physique du salarié et l'usure liée aux ports de charges
	Le salarié charge les camions de livraison.	S'assurer que les modes de stockage et de chargements sont adaptés pour le salarié
	Le salarié travaille en équipe et plusieurs équipes travaillent en même temps	Vérifier que la répartition des tâches entre les équipes est efficace et qu'un système d'entraide existe
	La direction en voulant promouvoir la formation des nouveaux salariés sur le tas, a réaménagé les équipes de travail, ce qui constitue une augmentation des risques d'accidents lors des livraisons	Il faut rentrer en contact avec l'employeur pour l'alerter sur les risques que constitue ce type de réorganisation du travail. Il faut formuler des préconisations qui permettent la formation des nouveaux sans augmenter les risques pour les anciens salariés.
<i>Le rapport du salarié aux composantes de la situation</i>	Le salarié a d'importants problèmes de dos et revient pour cette raison d'un arrêt du travail de plusieurs semaines	Vérifier que l'état de santé physique du salarié (dos) permet une reprise du travail sur le même poste
	Le salarié est confronté à des exigences de rendements importantes, imposées par la direction pour satisfaire les clients	Vérifier que les cadences fixées par la direction sont réalisables et qu'elles ne fassent pas encourir aux salariés des risques supplémentaires

Tableau 20. Processus d'inclusion au sein de l'habitude d'orientation du Dr G d'une autre composante

La construction localisée de ce lien entre réaménagements des équipes de livraisons, et augmentation des risques d'accident occasionne une transformation potentiellement plus durable de l'habitude d'orientation de l'action du médecin. Plusieurs indices langagiers repérables dans les énoncés du praticien en autoconfrontation permettent d'inférer ce phénomène d'inclusion. L'emploi du pronom « IL » dans les propos tenus par le médecin sur ce point : « *IL y avait tout un savoir-faire et IL faut former les jeunes* » (a-c). Nous souhaitons rendre compte de ce processus d'inclusion à travers le schéma suivant :

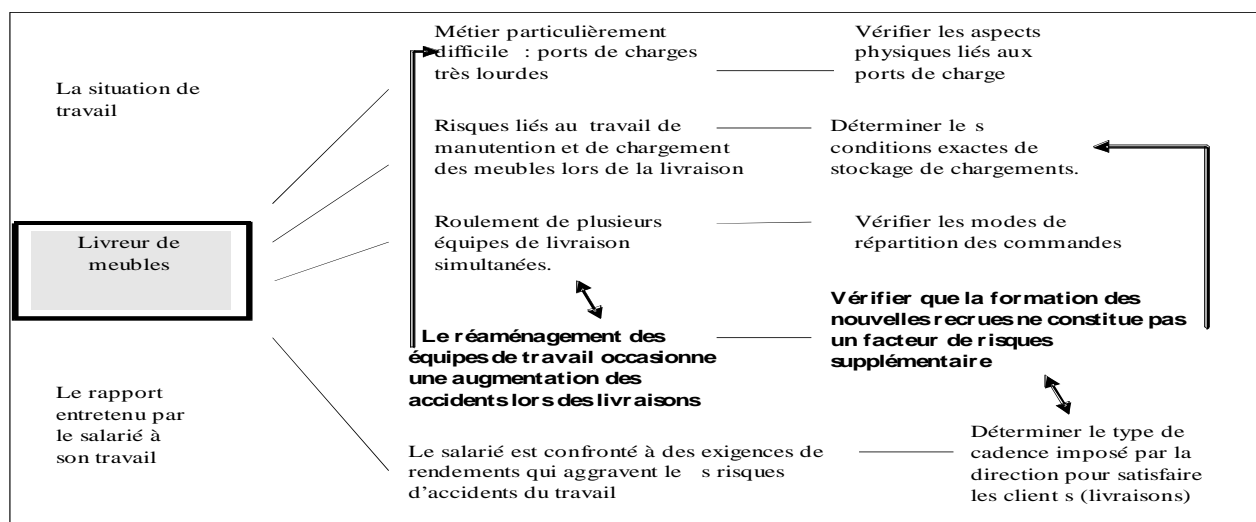


Figure 11. Le processus de réélaboration des éléments constitutifs de l'habitude d'orientation du Dr G

5.6.4 La transformation comme *révision* des composantes de l'habitude d'orientation : « changer de point de vue sur... »

La troisième forme significative de transformation que nous avons pu observer consiste en un processus de révision d'un ou plusieurs éléments constitutifs des habitudes qui orientent l'action des praticiens. Lorsque le processus de singularisation de l'enquête permet de faire émerger au sein d'une représentation particularisée de la situation, des informations qui viennent contredire ou s'opposer à ce que le praticien tenait jusqu'alors pour valable, il produit une révision des composantes de l'habitude. Ce type de transformation, à la différence des deux premières, s'effectue lorsque l'ouverture d'une enquête dans l'enquête nécessite un changement d'opinion du praticien. Nous n'observons pas une redéfinition complète de l'habitude, ni une annulation générale de l'opérativité de celle-ci, mais plutôt le remaniement d'une partie de ses composantes, soit parce que ces dernières ne sont plus opératoires dans cette classe de situation (du fait de l'évolution et des recompositions des situations de travail), soit parce que leur véracité qui n'était jusqu'alors pas remise en question, le devient :

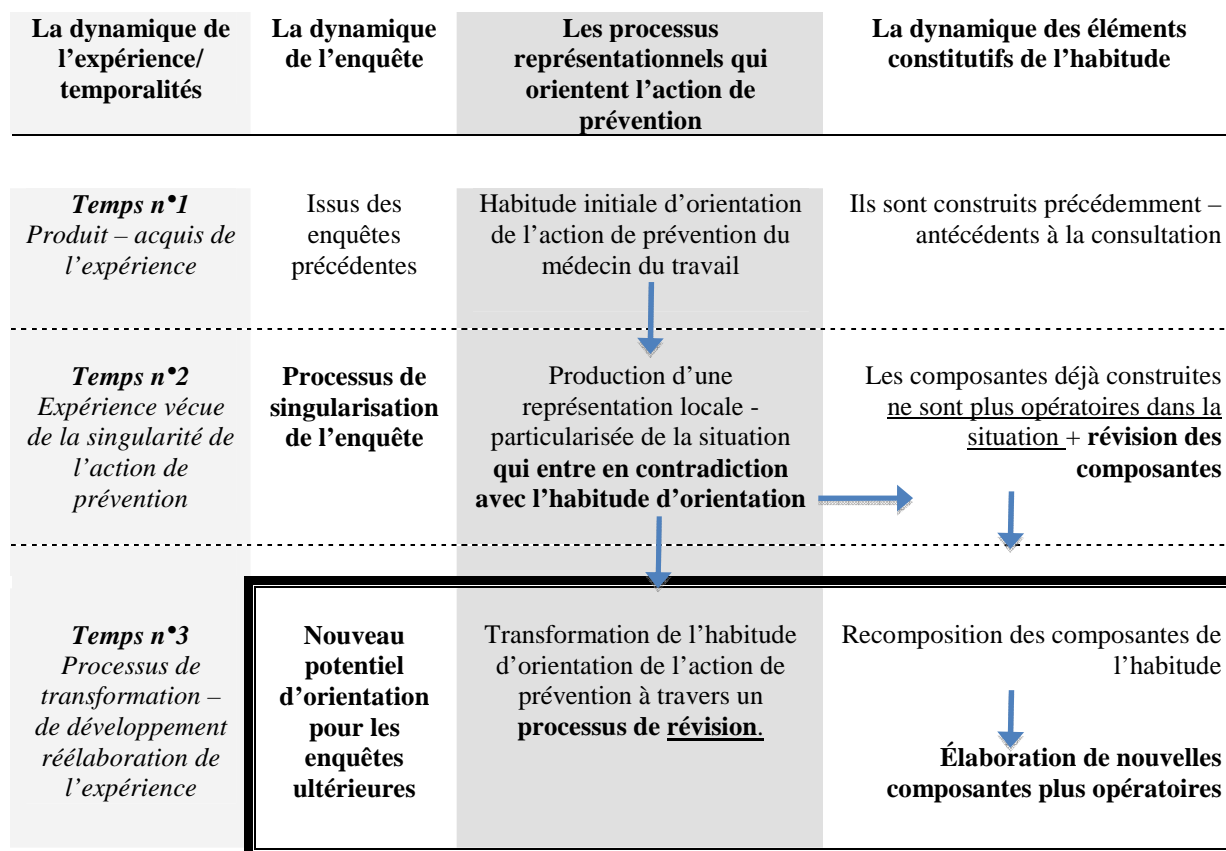


Tableau 21. La transformation des habitudes d'orientation en tant que processus de révision des composantes

Durant cette consultation, le médecin reçoit un salarié qui exerce le métier de factotum dans une grosse entreprise du secteur tertiaire. C'est un cas d'une visite médicale à la demande de l'employeur. Le salarié a connu plusieurs légers accidents du travail (brûlures légères), dont l'employeur ne parvient apparemment pas à déterminer la cause. Le médecin du travail connaît bien à la fois, le salarié et son environnement professionnel car il suit également les autres salariés de cette entreprise. Il entretient des rapports réguliers avec la direction : *« c'est une situation que je connais quand même bien, j'ai vu le salarié plusieurs fois (...) donc la question c'est de s'entendre sur ce qu'il peut faire, et avec derrière en filigrane les notions de danger et de prise de risques »* (a-c). Il sait également que ce salarié bénéficie, du fait d'un « handicap mental léger / troubles de la mémorisation », d'un emploi protégé au sein de l'entreprise. Ce type d'emploi suppose que la charge de travail soit adaptée aux capacités du salarié et que l'employeur tienne compte de la spécificité de son handicap dans l'organisation du travail. Le médecin du travail s'est construit une opinion tout à fait favorable concernant l'environnement de travail de ce salarié : *« À l'heure actuelle dans l'entreprise son statut est totalement reconnu, pris en compte et accepté par la hiérarchie : on préserve ce salarié » / « Son travail est aménagé de façon satisfaisante dans l'entreprise »* (a-c). Dans la mesure où l'organisation du travail ne constitue pas une source de danger pour ce salarié, le praticien s'engage dans une démarche d'enquête davantage orientée vers la détermination des tâches dont la réalisation peut poser problème à ce salarié. Pour le médecin, le problème ne réside pas dans la reconnaissance du statut du salarié au sein de l'entreprise, mais plutôt dans son investissement dans la réalisation de ces tâches (souci de soi). L'activité d'enquête générique s'effectue à partir d'une habitude d'orientation de l'action de prévention, construite autour de trois types de composantes :

- 1) déterminer le type de tâches effectuées par le salarié et leur concordance avec ses possibilités (plus réduites du point de vue de la capacité de mémorisation) : *« la question c'est : est-ce qu'il ne se fatigue pas trop ? »* (L3) ;
- 2) déterminer le type d'investissement du salarié dans son travail (souci de soi) et ses répercussions sur sa santé : *« le médecin généraliste avait alerté pour prévenir que le salarié vivait son travail avec une pression de devoir y arriver »* (L15) ;
- 3) déterminer les causes des incidents légers qui surviennent sur le lieu de travail, pouvant être liées à l'handicap du salarié : *« il y a quelques jours le salarié est allé à l'hôpital pour une très légère brûlure au bras »* (A-C).

L'analyse systématique des énoncés du médecin du travail, élaborés durant la consultation et dans l'autoconfrontation, nous a permis d'inférer la mobilisation par le médecin d'une

habitude d'orientation de l'action de prévention que l'on peut formuler à partir des syllogismes suivants :

- SI le salarié bénéficie d'un emploi protégé au sein de l'entreprise du fait d'un handicap mental ou physique, ALORS son poste de travail doit être adapté et DONC les tâches qu'il réalise doivent être en adéquation avec ses possibilités.
- SI le salarié bénéficie d'un emploi protégé au sein de l'entreprise du fait d'un handicap mental ou physique, ALORS il travaille en milieu ordinaire (par opposition à milieu protégé), DONC son engagement au sein de l'organisation de travail doit être régulé.
- SI le salarié bénéficie d'un emploi protégé au sein de l'entreprise du fait d'un handicap mental ou physique, DONC un ensemble de facteurs habituels peuvent devenir source de risques, ALORS il faut déterminer les sources de risques spécifiques.

Nous pouvons schématiser l'organisation de l'habitude qui oriente l'action de prévention du médecin dans cette consultation, de la manière suivante :

	<i>Système de représentations portant sur la nature de la situation – du problème</i>	<i>Système de représentations portant sur ce qu'il y a à faire dans la situation</i>
<i>Les composantes de la situation de travail en général</i>	Le salarié est un travailleur handicapé, bénéficiant d'un statut « protégé » et évoluant dans un milieu de travail « ordinaire »	Même si l'employeur organise le travail de façon satisfaisante pour le salarié, il faut vérifier que ce n'est pas lui qui se met inutilement en danger en voulant en faire plus que ce qu'on lui demande de faire
	Cette situation potentiellement dangereuse par la santé du salarié est atténuée par le fait qu'il travaille dans une entreprise où l'on prête particulièrement attention à lui (préservation du salarié, respect de son handicap, adaptation des tâches à ses capacités)	
	Le salarié exécute des tâches réduites de manutentions, de réparation et d'entretien qui ne sont pas source de danger pour lui	Déterminer exactement le type de tâche qu'il réalise et la fréquence avec laquelle il travaille.
<i>Le rapport du salarié aux composantes de la situation</i>	Le fort investissement du salarié dans la réalisation de ses tâches est potentiellement source de risque sur sa santé	S'assurer que le salarié prend son temps dans pour exécuter les tâches qui lui sont confiées
	Le salarié a vécu plusieurs légers accidents de travail dont la cause indéterminée est potentiellement liée à son handicap	Déterminer les causes exactes d'incidents survenus sur le lieu de travail ainsi que les sources de danger potentielles sur sa santé

Tableau 22. Habitude d'orientation initialement activée par le Dr P

Plusieurs éléments repérés dans les propos du praticien, nous invite à penser que cette habitude d'orientation s'est principalement construite à travers deux espaces de son activité : les précédentes consultations réalisées avec le salarié :

« j'ai vu le salarié plusieurs fois » (A-C) ; et les contacts téléphoniques avec l'équipe de direction : « j'ai eu il y a quelques jours la responsable de la sécurité de l'entreprise au téléphone à propos d'autre chose, qui m'a dit dans la conversation qu'elle était inquiète pour ce monsieur » (a-c), « cet épisode la DRH y a fait allusion il y a quelques jours auprès de moi... ».

L'enquête générique vise à déterminer essentiellement la manière dont le salarié investit les tâches qui lui sont confiées, comme dans cet extrait de séquence dialogale de détermination du problème qui a lieu en début de consultation :

L1 Dr P : Donc c'est vous qui estimez que les choses se passent normalement.

L2 Salarié : Ça ne pourrait pas se passer mieux (...) parce qu'au tout début, j'ai tellement voulu en faire...

L3 Dr P : Alors, je vous coupe, puisque vous me dites ça je rebondis là-dessus... Ce qui m'a été dit par la responsable sécurité, c'est que vous vous mettriez trop la pression tout seul...

L4 Salarié : (Silence) J'aime bien le travail bien fait, j'aime bien que ça avance et...

L5 Dr P : Vous êtes plutôt...vous aimez que ça avance...

Comme on peut le constater dans cet extrait, l'enquête générique s'organise en effet à partir des composantes de l'habitude d'orientation centrées sur les « rapports du sujet à son travail ». À l'occasion de plusieurs échanges avec le salarié sur les conséquences de son handicap et sur les risques éventuels qu'il encourt à conduire des nacelles, le praticien découvre une information qui entre en contradiction avec ce qu'il tenait jusqu'à présent pour vrai. L'acte de parole du salarié qui rectifie, déclenche chez le médecin l'ouverture d'une enquête singulière portant sur les modes de prescription des tâches dans l'entreprise.

Séquence du dialogue entre le médecin du travail et le salarié factotum, porteur d'un handicap

L1 Dr P : Je vais voir ça avec lui... Donc je vais voir ça avec votre chef, mais aussi avec la responsable sécurité sinon elle ne vous donnera pas l'autorisation !

L2 Salarié : Pour quelle raison ?

L3 Dr P : Parce qu'elle a peur ! Elle ne veut pas qu'il se passe quelque chose, c'est sa responsabilité à elle !

*L4 Salarié : (SILENCE) **Oui mais des fois quand je bosse pour elle, il y a une charge de travail qui est tellement énorme...** (Acte de Parole RECTIFIER)*

*L5 Dr P : **Par contre ce que je trouve étonnant...** c'est que vous ne devriez pas travailler pour elle... (La situation est contradictoire pour le médecin)*

L6 Salarié : Ils ne s'entendent pas tellement bien tous les deux. (Acte de Parole EXPLICITER)

*L7 Dr P : **Ah d'accord, je vois... !** (ENQUÊTE : élaboration d'une suggestion).*

L8 Salarié : Mais ils sont gentils avec moi ...

*L9 Dr P : **Mais ça, ça n'a rien à voir ! Dans l'organisation des tâches, c'est pas bien normal, il ne devrait pas y avoir plusieurs donneurs d'ordre...** (ENQUÊTE : Changement d'opinion du médecin dans cette situation)*

Ce processus de singularisation de l'enquête a pour conséquence de redéfinir l'espace du problème pour le praticien : il ne s'agit plus seulement de déterminer dans quelle mesure le salarié se met tout seul en danger dans son travail (du fait de son implication), mais de

comprendre dans quelle mesure les rapports de pouvoir au sein de l'entreprise ont une incidence sur les conditions de travail de ce salarié. Le médecin constate d'une part que des luttes de pouvoir existent dans l'équipe de direction (entre le dirigeant et son adjointe) et d'autre part que ce conflit a pour effet une intensification du travail de ce salarié (multiplication des consignes et des tâches à réaliser) :

Séquences de l'enquête générale	L'enquête singulière	Informations construites	Redéfinition de l'espace du problème
Institution d'un problème		L'évènement de la brûlure a pris des proportions plus importantes du fait du caractère protégé de son statut dans l'entreprise.	Le salarié se met-il tout seul en danger du fait d'une implication trop forte dans son travail ?
Élaboration d'une suggestion		Dans l'entreprise, son statut et son handicap sont totalement reconnus et pris en compte par la hiérarchie ; on préserve le salarié : <i>« j'ai réellement l'impression que le sentiment de protection, il est très sincère de la part de l'entreprise »</i>	
		La conduite de la nacelle permettrait au salarié de gagner du temps dans son travail	
Expérimentation d'une suggestion	Situation obscure / Institution d'un problème / Élaboration d'une idée / Expérimentation d'une idée / Formation d'une opinion	Il y a un problème d'organisation du travail, dans la prescription de l'activité du salarié. Il y a des tensions au niveau de la direction qui entraîne une contradiction des consignes formulées. Problème de répartition des rôles entre le directeur et la responsable RH. C'est un problème au niveau de l'entreprise, il devrait y avoir une demande de détachement explicite. Indices : <i>« au lieu que la DRH s'adresse à son chef, ce qui devrait être la procédure normale, il arrive parfois qu'elle s'adresse directement au salarié »</i>	Dans quelle mesure les rapports de pouvoir au sein de l'entreprise, ont-ils une incidence sur les conditions de travail du salarié ?
Institution d'un problème		La contradiction des consignes de travail met le salarié dans une situation délicate vis-à-vis de la hiérarchie. Indice : <i>« je n'avais pas imaginé qu'elle lui demande des choses en direct (...) elle est en contradiction avec son discours »</i>	

Tableau 23. La découverte par le Dr P d'un élément contradictoire dans la situation de travail du salarié

L'ouverture et la conduite d'une enquête singulière centrée sur la contradiction des systèmes de prescription des tâches au sein de l'entreprise dans l'enquête générique du médecin du travail, a pour conséquence de produire à l'intérieur de sa représentation locale plusieurs informations qui entrent en contradiction avec l'habitude d'orientation du praticien. On observe en effet une contradiction avec un certain nombre de représentations liées la catégorie « Entreprise-organisation du travail ».

La construction d'une représentation localisée de la situation professionnelle du salarié permet de mettre en évidence un problème important dans l'entreprise concernant les manières de prescrire les tâches à effectuer :

« Ce qu'il explique, c'est que parfois on lui dit : « tu vas faire telles tâches ». Parfois, il a à peine commencé, qu'il faut qu'il laisse ça pour un temps... Et je pense qu'il y a deux choses, pour lui c'est compliqué de se concentrer et quand il a réalisé tout ça, il faut qu'il fasse autre chose. Et il dit que des fois, c'est pas très cohérent et il a raison » (A-C Dr P)

Dans la mesure où les informations produites de façon circonstancielle ne viennent pas totalement corroborer les éléments constitutifs de l'habitude d'orientation, mais au contraire les contredire, on observe alors une révision de ces derniers. L'ensemble des composantes de l'habitude, ne sont pas toutes remise en question, mais la production d'un faisceau d'indices relatifs au problème de prescription des tâches dans l'entreprise, a plusieurs conséquences vis-à-vis de l'habitude d'orientation de l'action préventive du médecin :

- une modification vis-à-vis des conceptions portant sur les composantes de la situation de travail du salarié puisque l'on considère à présent que celui-ci subit les conséquences d'une double prescription des tâches à réaliser :

« Le discours de ces responsables est contradictoire » / « c'est en complète contradiction avec la prévention de la santé du salarié » (a-c).

- une modification vis-à-vis des conceptions portant sur ce qu'il y a à faire dans la situation, puisqu'il s'agit à présent de déterminer le type de conséquence de ce problème sur l'activité des salariés :

« C'est un problème au niveau de l'entreprise, il devrait y avoir une demande de détachement explicite » / « Cette situation contradictoire est due à une mésentente entre le directeur et la DRH, elle occasionne des perturbations dans l'organisation du travail » (a-c).

Les éléments constitutifs de l'habitude s'organisent à présent autour de facteurs de risques liés au problème de prescription des tâches au sein de l'entreprise et à l'interférence que cela produit dans l'activité des salariés que nous pouvons expliciter à travers le syllogisme suivant :

- S'il y a des luttes de pouvoir au sein de la direction de l'entreprise, ALORS celles-ci peuvent occasionner une perturbation de l'organisation du travail du point de vue de la prescription des tâches, DONC il faut déterminer que ces interférences ne constituent pas pour le salarié de nouveaux facteurs de risques pour santé dans le cadre de son travail.

Il est également possible de schématiser cette modification de l'habitude d'orientation de l'action du médecin, par le tableau suivant :

	<i>Système de représentations portant sur la nature de la situation – du problème</i>	<i>Système de représentations portant sur ce qu'il y a à faire dans la situation</i>
<i>Les composantes de la situation de travail en général</i>	Le salarié est un travailleur handicapé, bénéficiant d'un statut « protégé » et évoluant dans un milieu de travail « ordinaire ».	Même si l'employeur organise le travail de façon satisfaisante pour le salarié, il faut vérifier que ce ne soit pas ce dernier qui se mette inutilement en danger en voulant en faire plus que ce qu'on lui demande de faire.
	Cette situation potentiellement dangereuse par la santé du salarié est atténuée par le fait qu'il travaille dans une entreprise où l'on prête particulièrement attention à lui (préservation du salarié, respect de son handicap, adaptation des tâches à ses capacités). Il y a un problème d'organisation de la prescription des tâches dans l'entreprise causée par des luttes de pouvoir au sein de la direction. Ce problème produit des interférences qui sont susceptibles de rentrer en contradiction avec la prévention de la santé du ou des salariés.	Il faut s'assurer que la perturbation des consignes de travail dans l'entreprise n'expose pas le salarié à des risques d'accidents causés par : 1) la multiplication des consignes, et 2) leurs discordances.
	Le salarié exécute des tâches réduites de manutentions, de réparation et d'entretien qui ne sont pas source de danger pour lui.	Déterminer exactement le type de tâche qu'il réalise et la fréquence avec laquelle il travaille.
<i>Le rapport du salarié aux composantes de la situation</i>	<i>Le fort investissement du salarié dans la réalisation de ses tâches est potentiellement source de risque sur sa santé</i>	S'assurer que le salarié prend son temps pour exécuter les tâches qui lui sont confiées.
	Le salarié a vécu plusieurs légers accidents de travail dont la cause indéterminée est potentiellement liée à son handicap.	Déterminer les causes exactes des incidents survenus sur le lieu de travail ainsi que les sources de danger potentielles sur sa santé.

Légendes pour la présentation du contenu des cases du Tableau 24 : ~~anciennes composantes~~ constructions
de nouvelles composantes Diminution de la valeur accordée à la composante

Tableau 24. Processus de révision d'une partie des éléments constitutifs de l'habitude d'orientation du Dr P

L'habitude orientant l'action préventive du praticien dans cette situation, subit une révision de ses composantes selon trois processus :

- révision des éléments constitutifs précédemment construits et mobilisés dans cette situation portant sur : « la nature protectrice de l'organisation du travail » ainsi que sur « le souci et la préservation de la santé du salarié ».
- élaboration de nouveaux éléments constitutifs dans la situation qui viennent se substituer aux anciens portant sur : « les conséquences des luttes de pouvoir au sein de l'entreprise sur l'organisation de la prescription des tâches » et « la conséquence de ces interférences sur la santé du salarié ».

3. diminution ou la modération de la valeur accordée aux éléments précédemment construits portant sur « le rapport entre le fort investissement du salarié dans son travail et l'augmentation des risques d'accident ».

Plusieurs indices nous permettent ainsi d'inférer une révision des éléments constitutifs de l'habitude d'orientation de l'action de prévention du praticien. Tout d'abord, le praticien verbalise la révision d'un ensemble de propositions qu'il tenait pour vraies dans cette situation et décrit son changement d'opinion lors de cette rencontre (a-c) :

*« Parce qu'effectivement, **je n'avais pas imaginé** qu'elle lui demande des choses en direct... je me dis qu'il y a un biais, elle est en contradiction avec son discours » / « elle lui demande à un moment donné, en dehors du circuit normal, de faire des choses pour elle, ce qui quelque part ne peut qu'accroître la charge de travail ».*

Parallèlement au processus de transformation de l'habitude d'orientation qui est en train de se dérouler, le praticien produit un certain nombre d'énoncés qui font état d'une généralisation des nouveaux éléments construits. Cette généralisation consiste à reconsidérer l'ensemble de l'organisation du travail dans les entreprises de ce type à la lueur de cette découverte du dysfonctionnement des modes de prescription des tâches :

*« **Alors tu comprends, il y a aussi tout ça dans l'entreprise. Des luttes, je pense, pour des tas de raisons, tout d'un coup, tu as besoin d'un service si ça passe par le chef, ça prend quinze jours. Alors que lui pourra le faire en cinq minutes. Mais résultat, une situation comme ça, c'est évidemment le meilleur moyen, pour foutre un bordel monstre... c'est comme ça qu'on fait naître des situations de conflit** » (A-C)*

Ce discours qui est adressé au chercheur durant l'autoconfrontation, fait également l'objet d'un auto-adressage : le praticien est en train de généraliser les systèmes de luttes de pouvoir et de les comprendre à la lumière de ce fait nouveau.

Enfin, cette dynamique de généralisation est accompagnée d'un processus de mise en mémoire de la transformation de l'habitude, dont on peut repérer la trace à partir d'énoncés faisant explicitement référence à une réutilisation ultérieure des nouveaux éléments constitutifs de l'habitude :

« **Parce que si plus tard, le salarié a des difficultés dans la réalisation de certaines tâches, où on dit qu'il est pas assez efficace, que c'est difficile de travailler avec lui, moi je ressortirai cette idée de : comment on organise son travail ? Comment c'est fait ? Qui organise les ordres ? C'est un point névralgique, moi je l'analyse comme une situation de mise en difficulté du salarié, surtout avec sa problématique personnelle. Si plus tard, ça fonctionnait moins bien, c'est quelque chose que je réutiliserais, que je creuserais quoi** » (A-C).

Nous pouvons rendre compte du processus de révision des composantes de l'habitude d'orientation à travers le schéma suivant :

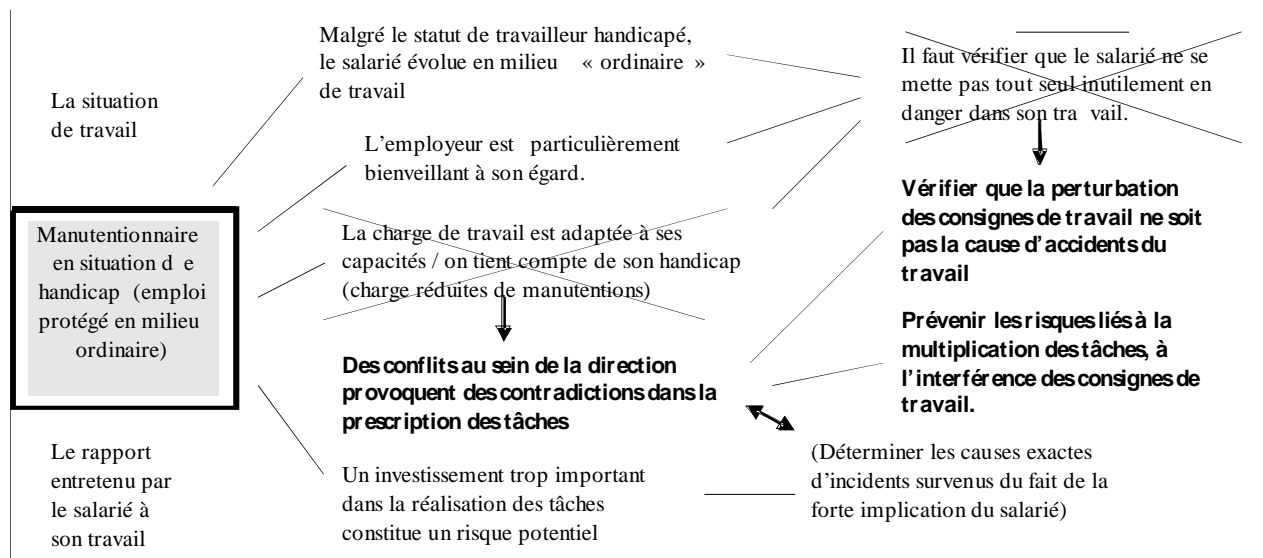


Figure 12. Le processus de réélaboration des éléments constitutifs de l'habitude d'orientation du DR G

Propos d'étape 5

L'analyse de l'activité dialogale qui se déroule durant la consultation nous a permis d'identifier les unités dialogales qui la composent ainsi que leur dimension itérative. C'est par la combinaison d'unités dialogales que le médecin du travail réalise son activité d'enquête dirigée vers l'identification de la situation professionnelle du salarié, ainsi que l'identification des rapports qu'il entretient avec elle. Nous avons constaté que les praticiens activent à l'occasion de leurs actions de prévention des *habitudes d'orientation* qui leur permettent d'agir en fonction du type de situation qu'ils rencontrent et des décisions à prendre.

L'activité dialogale avec le salarié constitue non seulement pour le médecin la situation privilégiée pour conduire son action de prévention, mais c'est aussi une occasion d'enrichir et de développer son pouvoir d'agir. Elle représente en ce sens une *expérience professionnelle significative*. Elle lui permet d'accéder à l'expérience d'autrui et de se constituer une *expérience de l'expérience d'autrui*. Par l'activité d'enquête, le médecin rend suffisamment déterminée la situation professionnelle du salarié pour formuler une opinion et réélaborer les habitudes qui orientent son action lors des processus de *singularisation de l'enquête*. Nous avons mis en évidence trois types de transformations qui nous paraissent significatives des formes de développement des habitudes du praticien dans le cours de son action :

- la transformation de l'habitude comme processus de *spécification* : elle consiste pour le médecin à « en savoir plus sur... » lorsqu'il élabore de nouvelles composantes au sein de cette habitude ;
- la transformation de l'habitude comme processus d'*inclusion* : elle consiste pour le médecin à « faire un lien avec... » lorsqu'il réalise de nouveaux rapports liens au sein de l'habitude avec des composantes déjà existantes ;
- la transformation de l'habitude comme processus de *révision* : elle consiste pour le médecin à « changer de point de vue sur... » lorsqu'il révisé une ou plusieurs composantes jusqu'alors constituantes de l'habitude.

Ces trois formes de réélaboration des habitudes sont caractéristiques du développement de l'expérience du médecin du travail.

Chapitre 6 Transformation des habitudes d'orientation et formation (La mise en perspective des résultats de la recherche)

Les activités humaines en situation professionnelle constituent un espace privilégié de constitution de l'expérience. Les espaces traditionnellement consacrés à l'éducation et à la formation ne sont qu'une des voies possibles du développement humain. La littérature académique limite parfois les phénomènes d'apprentissage à la dimension exclusivement cognitive et dans des milieux de vie où il existe une intention manifeste de formation. Il en résulte une hiérarchisation en fonction du contexte de production : les connaissances construites dans et par l'activité seraient moins élaborées conceptuellement.

Nous préférons investir le champ de la formation des adultes à travers une dimension moins restreinte, selon laquelle, la formation du sujet recouvre un ensemble plus vaste de construction et de transformations (mentales, identitaires, discursives...) qui sont également à l'œuvre dans le travail comme dans la vie quotidienne. Les apprentissages par l'activité -que l'on appelle parfois apprentissages « sur le tas » - sont élaborés dans un autre contexte que celui de la formation instituée. Toutefois, ils constituent sans doute une des formes anthropologiques premières du développement humain. Nous nous inscrivons dès lors dans la perspective selon laquelle la construction des apprentissages ne se réduit pas aux espaces traditionnellement dédiés au savoir, mais qu'elle se produit plus généralement lorsqu'un sujet parvient à « *faire les choses autrement, qu'il s'agisse d'activités mentales, discursives, physiques, ou des trois à la fois (...) ces transformations d'habitudes, de routines ou de séquences d'activité (qui) font l'objet d'une attribution de valeur* » (Barbier, 2011, p. 32). Le champ de la formation des adultes est directement concerné par les processus expérientiels du sujet, dans la mesure où la réalisation d'expérience particulièrement significative en milieu « naturel » influence de façon structurelle sa façon de se représenter le monde et d'organiser son action, il s'agit pour lui « *d'apprendre des situations et d'apprendre de et par la vie dans ces situations socioprofessionnelles* » (Mayen, 2009, p. 776).

L'activité professionnelle constitue ainsi un des espaces privilégiés de construction et de réélaboration de l'expérience, entendue comme transformation des modes d'agir et de penser

du sujet, en dehors de tout dispositif ou de toute intention de formation. On observe une construction conjointe des activités et du sujet conduisant ces activités. Pris dans son sens habituel, l'espace du travail désigne la production de biens ou de services, mais à l'occasion de cette activité productive, le sujet est confronté à un ensemble de situations qui constituent pour lui des occasions de développement dans la mesure où « *c'est dans le travail que la majorité des humains rencontrent leur développement* » (Pastré, 2011, p.1). Lorsque le sujet agit, il mobilise un ensemble de ressources humaines et matérielles qui ont pour effet de modifier, même partiellement et/ou de façon transitoire, une partie de ses habitudes d'activité dans la mesure où « *la capacité d'apprentissage est une des propriétés anthropologiques fondamentales des humains, car dès qu'un humain agit, il apprend : des situations, des autres, et de lui-même* » (ibid., p. 7). Les situations que nous traversons ont une fonction « agissante » sur nos comportements et sur nos représentations du monde, dans la mesure où nous sommes tout à la fois producteurs des actes que nous conduisons et transformés par eux, lorsqu'ils nous permettent de nous engager dans de nouvelles activités ou de les conduire d'une façon différente.

Cependant, tout dans le travail, ne constitue pas pour autant une opportunité de formation, il est possible de caractériser en effet ce qui, dans la situation professionnelle, constitue une opportunité d'apprentissage, mais aussi de rendre compte des processus de construction, de réélaboration et d'accroissement du pouvoir d'agir du sujet. Le postulat selon lequel l'adulte « apprend » de son travail est couramment admis, mais il reste à identifier ce qui se développe précisément dans et par l'activité, à caractériser les situations dans lesquelles on observe du développement et ce qui constitue les conditions de cet apprentissage.

6.1 Le rôle des habitudes dans l'organisation de l'expérience

Le rôle joué par les habitudes d'orientation au sein de l'action préventive du médecin est fondamental. Elles permettent au médecin de conduire son action de prévention à partir d'un matériel déjà « expérimenté ». Elles représentent un outil à disposition des acteurs pour gérer l'irréductible singularité de la situation de rencontre avec le salarié, en se référant à des principes organisateurs dont le praticien estime qu'ils sont opératoires et efficaces dans ce type de situation. Nous avons vu que l'indétermination de la situation qui se présente au médecin est structurelle de son activité, dans la mesure où celle-ci possède toujours un caractère parcellaire, incomplet et donc jamais totalement identique à d'autres cas. De cette

singularité synonyme de nouveauté (au moins partielle) découle un degré d'incertitude plus ou moins important pour le médecin. Car même lorsqu'il reçoit plusieurs salariés exerçant le même travail, dans le même type d'entreprise, il s'avère que les contraintes à l'œuvre ainsi que le rapport que ces salariés entretiennent avec leur travail n'est jamais totalement identique. Dès lors, on s'aperçoit que le médecin du travail ne rencontre jamais deux fois la même situation. Le praticien doit pourtant agir dans cette situation incertaine et indéterminée, dans un espace-temps réduit. Il s'agit pour lui de parvenir à reconnaître du semblable dans le différent et le singulier, ou au contraire de distinguer ce qu'il prenait comme semblable dans des situations qui ne le sont jamais totalement. Confronté à la singularité de la situation à traiter, le préventeur va s'appuyer sur un ensemble organisé de connaissances préexistantes qui émerge dans son activité et à partir duquel il va pouvoir interpréter la situation, se construire une opinion et parfois formuler un avis ou des préconisations.

Les habitudes d'orientation de l'action intègrent ainsi l'univers des connaissances du praticien dans la mesure où elles assurent la continuité de son action de prévention et donc la continuité de son expérience d'une situation à une autre. On suppose qu'une habitude est acquise lorsque l'on considère qu'elle pourra faire l'objet d'une future activation dans le cours de son action. Au sein de l'univers des constructions de sens du sujet, les habitudes constituent en effet des « *possibles d'activités représentationnelles (...) intégrables et activables en situation d'action* » (Barbier, 2011, p. 42). Les habitudes s'apparentent en effet à des connaissances, c'est-à-dire à des activités mentales chez le sujet qui assurent le lien entre les représentations actuelles et les représentations construites antérieurement dans son expérience. On parle alors de connaissances élaborées dans l'action et pour l'action, dans la mesure où elles guident sa conduite et sa structuration. Les habitudes sont en ce sens à distinguer des « savoirs », car elles ne représentent pas des énoncés socialement communicables, mais sont au contraire inséparables du sujet qui les met en œuvre. Elles sont donc variables d'un individu à l'autre et dépendent fortement de ses expériences vécues. Les habitudes sont construites par et dans l'activité et constituent, pour le praticien, un support qui lui permet de faire face à de nouvelles situations, en allant puiser dans des matériaux déjà expérimentés issus des enquêtes précédentes. Elles sont ainsi activables en situation et émergent dans le cours d'action. Les habitudes sont enfin des marqueurs de l'historicité de l'activité de prévention du médecin du travail, car elles sont l'expression des acquis de l'expérience du médecin, issus des enquêtes passées. En assurant la continuité de son activité, elles témoignent en effet des présentes opérations d'identification et de requalification de l'environnement déjà effectuées ainsi que des problèmes antérieurement résolus.

6.2 L'activité dialogale comme espace potentiel de réélaboration de l'expérience

Le dialogue avec le salarié constitue l'outil et le matériau de base de l'action de prévention du médecin du travail, mais également une occasion pour ce dernier d'enrichir son expérience et de réaliser des apprentissages dans le cours de son action. Nous montrons ici que la visite médicale du travail qui place le médecin en situation de face à face avec le salarié relève pour ces acteurs d'une situation particulièrement significative de leur activité professionnelle.

6.2.1 Le dialogue avec le salarié comme univers « qualitatif » de l'expérience du médecin travail

La situation dialogale constitue un univers particulièrement « qualitatif » de l'expérience du médecin du travail du point de vue des opportunités et des possibilités expérientielles que celle-ci contient ; elle intègre l'univers des « *situations spatio-temporelles différentes, qualitativement uniques, qui se nouent et se dénouent d'une manière continue dans l'univers de l'expérience* » (Dewey, 2006, p. 22) des ces acteurs. La notion de « qualité » de l'expérience renvoie ici au principe selon lequel, cette expérience présente à la fois un aspect immédiat, lié au vécu en cours, mais doit également présenter un potentiel ultérieur, c'est-à-dire susceptible de jouer un rôle et d'influer sur les expériences à venir.

Nous avons montré que l'activité dialogale constitue pour les médecins du travail, une situation particulièrement riche et féconde dans la mesure du point de vue des processus de réélaboration de son expérience qui peuvent s'y dérouler. La situation dialogale vécue par le praticien dans sa rencontre avec le salarié représente une « force propulsive » pour la conduite des actions de prévention futures. L'expérience vécue de la succession des individus rencontrés et de la variété des situations au sein desquelles le médecin doit comprendre que le vécu d'autrui pour agir est comparable à « *une série d'histoires, comportant chacune une intrigue, un début et une progression vers le dénouement, chacune étant caractérisée par un rythme distinctif et marqué par une qualité unique qui l'imprègne dans son métier* » (Dewey, 2010, p. 81). Ce qui fait la richesse et la force de la situation dialogale de ces acteurs est qu'elle constitue un espace qualitatif du développement professionnel.

Cette opportunité de travail, particulièrement « critique » et féconde du point de vue de la constitution de leur professionnalité, est consubstantiellement liée aux modes d'interactions langagières qui s'y produisent. L'espace dialogal, qui structure le cadre de la consultation médicale du travail, relève en effet d'un environnement expérientiel particulièrement riche et fécond pour celui qui le conduit, dans la mesure où cet espace est porteur de conditions d'apprentissage et pas seulement des conditions qui permettent la réalisation de l'action de prévention. Nous avons montré que l'activité dialogale constitue d'une certaine façon une organisation de travail qui participe au « développement professionnel » de ces acteurs de santé, dans la mesure où il permet et favorise la production de nouvelles connaissances opératoires à l'occasion de la conduite de la consultation.

6.2.2 L'espace dialogal comme situation porteuse de développement : le rôle d'autrui dans la formation de soi

L'activité dialogale du médecin avec le salarié comporte à la fois l'introduction de nouvelles exigences dans la situation et la mise à disposition d'un ensemble d'ingrédients au sein du dialogue pour répondre à ses exigences et à atteindre son but. La consultation constitue à la fois toujours un problème à résoudre ou une situation à déterminer, mais propose également au médecin un certain nombre de ressources pour y parvenir. Il est possible dès lors d'entrevoir ce lieu de parole comme une « *situation potentielle de développement* » dans la mesure où celle-ci réunit « *l'ensemble des conditions qu'une situation doit remplir pour engager, puis étayer le processus de développement des compétences d'un individu ou d'un groupe d'individus* ». (Mayen, 1999, p. 66). L'apprentissage, que nous observons sous la forme de transformation des habitudes d'orientation de l'action, participe au développement professionnel de ces acteurs puisqu'il leur permet d'élargir ou de réélaborer leurs possibilités de prévention pour des classes de situations et des domaines d'activités professionnelles variés. Les interactions qui se déroulent durant la consultation médicale contiennent un grand nombre d'ingrédients dont le médecin se sert pour conduire son action de prévention dans la situation, mais qui également lui fournissent de précieuses informations potentiellement transférables d'une consultation à une autre.

Le médecin du travail intègre en ce sens ce type de métier où : « *son pouvoir d'agir se conquiert auprès des autres* » (Clot, 2008, p.20). Aussi, même si les interactions qui constituent les séquences d'activités dialogales ne sont pas finalisées par un enjeu de formation ou d'accompagnement (mais de production d'une action de prévention), elles sont porteuses d'apprentissages, du fait même des interactions langagières qui s'y déroulent. Cet espace d'activité représente une occasion propice à la réélaboration des habitudes d'orientations du médecin dans la mesure où les interactions s'avèrent potentiellement « formatives » pour lui et ainsi où : « *apprendre des situations, c'est en grande partie apprendre des autres* » (Mayen, 2001, p. 42).

Une multitude de travaux exploitent la notion de « zone proximale de développement » pour décrire « *la capacité de résoudre un problème sous le guidage d'un adulte ou en collaboration avec un autre compagnon plus capable* » (Vygotski, 1997, p. 88). Les travaux de Bruner mettent également en évidence les processus de collaboration ou « d'étayage » qui désignent un ensemble d'interventions visant à « assister » un sujet en tant que « *maintien de l'orientation, et signalisation des caractéristiques déterminantes* » (Bruner, 1996, p. 277). L'aménagement au sein de l'action d'un ensemble d'activités orientées vers un but partagé et la co-production d'un espace dialogal commun, constituent également une opportunité d'apprentissage par « *réciprocité* ». Les énoncés du salarié forment en effet un récit qui, dans un processus de « migration fonctionnelle », constitue un matériau précieux pour l'acte réflexif du médecin du travail, « *d'abord source d'étonnement, les mots d'autrui deviennent ressource pour le développement de sa propre pensée* » (Clot, 2001, p. 44).

En dehors de toute interaction à finalité éducative (enseignement, tutorat, étayage), les échanges finalisés en milieu professionnel constituent pour les praticiens un processus de médiation qui joue un rôle déterminant dans la formation de leur pensée. La consultation médicale du travail ne propose pas « d'exercice » ou « d'entraînement » à proprement parler, les échanges qui s'y déroulent ne sont pas forcément référés de façon volontaire à des corpus de savoirs validés scientifiquement, mais ils représentent néanmoins pour ces acteurs, un lieu privilégié de la construction de leur professionnalité :

« *ça peut donner des billes // « ça m'enrichit considérablement » // « ça m'apporte une connaissance que je n'aurais pas autrement // j'apprends chaque jour des choses nouvelles sur la manière dont ils fonctionnent // c'est un privilège du métier, c'est un échange* » (Propos recueillis en autoconfrontation).

L'activité dialogale, finalisée par un but de prévention des risques liés au travail, n'est jamais organisée explicitement ou intentionnellement autour d'enjeux de production de connaissances ; néanmoins la médiation du salarié introduit, même de façon involontaire, une rupture dans la relation entre le praticien et son action.

Cette rupture est potentiellement porteuse de transformations chez le praticien car « *la confrontation à des problèmes à résoudre est un facteur déterminant pour l'engagement et la réalisation d'un apprentissage, qu'il soit organisé ou non* » (Mayen, 2002, p. 87). L'activité dialogale en situation professionnelle représente un espace potentiellement porteur de développement pour le sujet qui la conduit et/ou qui s'y engage du simple fait des formes d'interactions qui s'y déroulent. Les mots du salarié constituent un double matériau pour le médecin du travail : à la fois pour comprendre identifier la situation professionnelle du salarié, et comme moyen d'enrichir son expérience.

6.3 L'activité d'enquête comme occasion de constitution de l'expérience

L'expérience exclusive de la rencontre dialogale, durant la consultation avec le salarié, ne suffit pas pour constituer à elle seule une opportunité d'apprentissage chez le médecin du travail. Le dialogue peut tout à fait se réaliser de façon automatisée à travers la conduite d'une enquête générique, marquée par une forme de routine professionnelle dans l'activité de prévention. Pour que cette situation d'interaction langagière se révèle être une source de transformation des habitudes d'orientation de l'action du praticien, il faut qu'elle comporte une opportunité de « *rechercher et de déployer des formes de raisonnement et d'action, d'essayer et d'adopter ou de rejeter des positions, de les ajuster, il faut pouvoir découvrir et répéter, trouver et éprouver* » (Mayen, Vanhule 2010, p. 232). L'expérience du dialogue de prévention à elle seule ne suffit pas, il faut qu'à l'intérieur de celui-ci le praticien éprouve le besoin de déterminer un espace inconnu de la situation ou du problème qui se présente à lui, en s'engageant pour cela dans ce que nous nommons un processus de singularisation de l'enquête. L'ouverture d'une enquête dans l'enquête générique du praticien, constitue selon nous une opportunité « d'expérimenter » un problème nouveau et suppose que le praticien puisse « s'affecter » (au sens de Spinoza) de l'expérience d'autrui. Nous souhaitons montrer ici que ces deux aspects font du processus de singularisation de l'enquête du médecin du travail durant la consultation médicale du travail une condition d'apprentissage et de développement de ces professionnels à l'occasion de la conduite de leur action.

6.3.1 Le processus de singularisation de l'enquête comme activité de « problématisation »

L'ouverture d'un processus de singularisation de l'enquête constitue un moment « clé » dans l'action de prévention du médecin du travail durant la consultation. Lorsque le cours attendu de l'enquête générique fait place à un moment de doute et de déséquilibre chez le praticien, cette situation s'avère particulièrement « critique » du point de vue de son processus expérientiel. L'apparition dans le cours de son action d'un espace du problème, jusqu'alors indéterminé dans ses attributs et dans ses conséquences, constitue un « événement » susceptible de laisser une empreinte chez le professionnel. La notion de « problème » n'est

donc pas ici employée dans sa définition courante, c'est-à-dire comme une complication ou une difficulté qui entrave l'action, mais plutôt comme l'expérience vécue d'une situation qui ouvre la voie à une activité de recherche et d'expérimentation : « *il y a les problèmes que le sujet élabore et qui ouvrent un avenir de pensée* » (Fabre, 2009, p. 10). Le problème n'est donc une entité en dehors de l'action, mais l'activité-de-problème elle-même.

Le processus de singularisation de l'enquête constitue en ce sens une condition d'apprentissage dans l'action chez les professionnels de prévention dans la mesure où il constitue « *un moment d'ouverture et de transit dans le cours de l'activité* » (Clot, 1999, p. 69). Cet espace d'activité s'avère particulièrement riche car il est marqué par l'apparition d'un « problème » à résoudre qui déclenche chez le praticien le développement de la réflexion, en constituant une occasion de « dispute » au sens étymologique du terme c'est-à-dire l'occasion de raisonner, d'examiner, de discuter, etc. L'apparition d'une situation-problème, (c'est à dire insuffisamment déterminée dans ses attributs et dans ses conséquences sur la santé du salarié) dans le cours de l'enquête générale, ne signifie pas seulement la confrontation à un obstacle et/ou l'arrêt de la conduite de l'action de préventive du médecin. Elle devient une opportunité d'investir de nouveaux espaces dans la connaissance de l'activité d'autrui et donc de développement de son pouvoir d'agir. L'émergence d'une situation ou d'un problème insuffisamment déterminé pour le praticien qui conduit la consultation, représente un espace critique de son expérience dans la mesure où elle nécessite de sa part la conduite d'une enquête dans l'enquête, qui s'apparente alors à une activité de « problématisation » entendue comme « *une délibération, un examen critique, des conditions existantes, voire une invention ou une découverte de conditions nouvelles* » (Fabre, 2006, p. 29). La mise en œuvre d'une enquête singulière, par le médecin du travail, ne consiste pas seulement en un simple travail d'identification et de catégorisation des éléments présents dans les énoncés du salarié, mais relève plutôt de la recherche d'indices et de l'invention. Nous considérons que le médecin s'engage dans une activité de problématisation lorsqu'il perçoit un déséquilibre ou encore un déficit de connaissance vis-à-vis d'un espace d'activité du salarié, auxquels il ne peut immédiatement remédier ou répondre. L'apparition d'une situation confuse, ou insuffisamment indéterminée, établit une rupture dans l'expérience du praticien, sans forcément que tout soit remis en question. Il s'agit alors pour lui de parvenir à établir une configuration signifiante d'un ou plusieurs espaces d'activité du salarié, en établissant une dialectique entre des représentations préalables et une dimension inconnue dans la situation.

Il est ainsi possible de conférer au processus d'enquête une dimension « constructive », car elle s'apparente à une occasion d'expérimentations et de mise à l'épreuve des habitudes qui assurent l'orientation de l'action de prévention du médecin. Cet espace d'activité est l'occasion, pour les préventeurs, de réélaborer leur expérience du point de vue des habitudes qui l'organisent : la problématisation suppose une épreuve de l'inconnu et nécessite de la part de l'acteur « *de rechercher et de déployer des formes de raisonnement et d'action, d'essayer d'adopter ou de rejeter des positions, des les ajuster, il faut pouvoir découvrir et répéter, trouver et éprouver* » (Mayen, Vanhule, 2010, p. 232). Si les espaces de singularisation de l'enquête du médecin du travail se réalisent à propos d'objets et de situation professionnels très différents, ils ont comme caractéristique commune de constituer, dans le cours de l'action de prévention, des situations « ouvertes » où un problème doit être construit et déterminé par le sujet. On parle alors d'une activité singulière créatrice lorsque le praticien se doit de remettre en question un ensemble de propositions qu'il tenait jusque-là pour vraies, soit parce que celles-ci font défaut ou se contredisent, soit parce qu'elles doivent être remaniées pour les besoins de la situation, soit parce qu'elles lui paraissent lacunaires. Ce processus est particulièrement porteur de transformations chez le praticien parce qu'il répond pour les besoins de son action de prévention à la confrontation à un espace d'activités porteur d'un problème à identifier ou à résoudre, qui impose au praticien de réélaborer une partie de connaissances qui orientent son action. L'activité d'enquête est alors une expérience sensible de l'expérience professionnelle d'autrui où la dimension cognitive de détermination de la situation intègre également le domaine des affects et des émotions car le praticien « *fait l'épreuve pratique d'objets ou de relations avec autrui qui lui résistent, qui le devient, l'affectent de toute façon* » (Clot, 2008, p. 7).

6.3.2 Le rôle des affects dans l'ouverture d'une enquête dans l'enquête

L'activité d'enquête du médecin du travail n'est pas déterminée de façon mécanique par le contexte de la consultation médicale du travail, ni vers la détermination d'une situation problématique dans le travail du salarié. L'ouverture d'une enquête singulière n'est ainsi pas le résultat mécanique d'un type d'énoncés qui représenterait une forme de « stimulus » universel déclencheur d'un travail réflexif chez le médecin. L'ouverture d'une enquête singulière au sein de l'enquête générique s'apparente davantage à un moment de l'action où le professionnel est « affecté » par un élément présent dans la situation. Nous avons observé des liens de concomitance dans « *une relation de solidarité de présence et de développement, et*

même d'une relation de consubstantialité entre phénomènes affectifs, représentationnels et opératoires » (Barbier, Galatanu, 1998, p. 47). A l'occasion de l'ouverture d'une enquête dans l'enquête, les transformations qui s'opèrent chez le sujet sont en rapport étroit avec l'émergence d'affects qui accompagnent cet engagement dans une nouvelle activité et qui peuvent être définis comme « *un éprouvé psychique, individuel ou partagé, accompagnant un état ou un processus mental ou physique* » (ibid). Le rôle des affects dans le processus de singularisation de l'enquête paraît en effet déterminant : il résulte d'un conflit, d'une contradiction, ou d'un déséquilibre éprouvé par le praticien vis-à-vis d'un ou plusieurs espaces de l'activité professionnelle du salarié. Comme le préventeur conduit son enquête essentiellement à travers des matériaux de type langagiers, c'est le plus souvent en réponse à un énoncé du salarié que l'on peut observer chez le médecin la présence de « micro-affects » qui joueront un rôle fonctionnel déterminant dans l'ouverture d'une enquête singulière. Les émotions provoquées par un énoncé du salarié ne viennent pas complètement troubler ou désorienter la conduite de l'action, mais on observe qu'elles sont suffisamment mobilisatrices pour le professionnel pour provoquer l'engagement dans une nouvelle activité d'enquête. Ces éprouvés relatifs à la situation d'autrui relèvent de l'espace psychique, ils ne sont donc pas directement observables, mais nous pouvons néanmoins les inférer à partir de la présence d'affects conversationnels dans l'activité du praticien. Cette inférence est possible à partir des mots employés par le médecin (qui traduisent l'expression d'une surprise, d'un désaccord ou d'un doute, ...), mais également comme nous l'avons vu à travers les « *mouvements intonatifs* » de l'interaction et plus précisément « *les déviations de ton par rapport à un ton de base* » (Fontaney, 1987, p. 230).

Dans le cours de l'action on observe, en réponse à un ou plusieurs énoncés du salarié, l'apparition chez le praticien de micro-affects, qui sont fugitifs et parfois très peu perceptibles, mais qui jouent un rôle déterminant dans l'ouverture du processus de singularisation de l'enquête.

On observe qu'en réponse à certains énoncés du salarié, visant à préciser, rectifier, infirmer, le praticien exprime son étonnement, sa désapprobation, ou son embarras, et que ce phénomène est à l'origine de -ou accompagne- l'ouverture d'une enquête dans l'enquête comme dans les exemples mentionnés dans le tableau ci-dessous :

Exemples d'intervention du salarié , visant à rectifier, informer, exemplifier, etc, une partie des informations produites dans le dialogue et obligeant le médecin à s'engager dans un processus de singularisation de son enquête :	Type d'affects accompagnant l'ouverture d'une d'enquête dans l'enquête par le médecin	Exemple dans les verbalisations du médecin du travail, de traces de ces affects :
<p>« <i>mais des fois, il faut que je le fasse moi-même ...</i> » (RECTIFIER)</p> <p>« <i>le chef veut pas me libérer parce qu'il a besoin de moi ailleurs, mais je peux pas me mettre en deux !</i> » (INFORMER)</p> <p>« <i>et puis voilà, il y a le canapé qui part de travers dans l'escalier et je donne le coup de rein pour pas l'abimer...</i> » (EXEMPLIFIER)</p>	<p>Étonnement interrogation Décalage Embarras difficulté Désaccord désapprobation Contradiction</p>	<p>« <i>ce qui m'étonne et me dérange</i> » (Etonnement –Désaccord)</p> <p>« <i>là où je suis surpris</i> » (Etonnement-Interrogation)</p> <p>« <i>après c'est savoir si c'est la maladie ?</i> » (Interrogation-Difficulté)</p> <p>« <i>là il y a un problème, il faut qu'il développe son affaire</i> » (Contradiction)</p> <p>« <i>ce n'est pas normal</i> » (Désapprobation)</p>

Tableau 25. Le rôle des affects dans l'ouverture d'une activité d'enquête dans l'enquête

Ainsi, c'est la capacité du médecin du travail de « s'affecter » du vécu d'autrui, qui joue un rôle déterminant dans la construction de son expérience en participant à un « *jeu ouvert entre expressions des émotions et représentations, entre intellect et sentiment (et) mesure la plasticité fonctionnelle du sujet* » (Clot, 2008, p. 28). Il ne saurait donc y avoir en ce sens de transformation des habitudes, sans le rôle joué par les affects qui viennent accompagner l'ouverture d'une enquête dans l'enquête par le médecin, suite à l'éprouvé d'un doute, d'une discordance ou d'une contradiction dans la situation.

6.3.3 Le processus d'enquête comme voie de développement professionnel

Nous avons vu que le processus d'enquête du médecin du travail, lorsque celui-ci est confronté à un problème nouveau ou un espace du vécu d'autrui insuffisamment déterminé, constitue une occasion de réélaboration de son expérience, notamment à travers le développement des habitudes qui orientent son action de prévention. Ce processus représente alors une des voies possibles du développement professionnel en situation de travail ; nous pouvons la qualifier de « *logique de l'action* » ; elle tend à désigner précisément « *des sujets en situation de travail en prise avec une situation professionnelle qui leur est connue, mais qui peut, à certains moments, présenter un caractère de nouveauté* » (Wittorski, 2007, p. 114).

L'ouverture d'une nouvelle activité d'enquête s'effectue lorsque le praticien éprouve le besoin de comprendre un phénomène présent dans la situation et que ses façons habituelles de concevoir et de « penser » ce phénomène ne sont plus adaptées ou pas suffisamment opératoires. L'enquête singulière joue un rôle déterminant dans la construction de l'expérience de ces professionnels : elle ouvre dans le cours de l'action un nouvel espace d'activité susceptible de modifier une partie des représentations du sujet.

La singularisation de l'enquête peut s'entrevoir comme la démarche à travers laquelle le praticien va s'ajuster à la situation qui se présente à lui, et constitue ainsi une opportunité de « *développement de l'expérience en acte au moment de la situation* » (ibid, p. 122). Car l'irruption d'un « évènement » ou d'une nouveauté dans le cours de l'action ne se réalise pas au hasard, elle implique l'existence d'une controverse dans l'activité et comporte un certain nombre de conséquences telles que la découverte de nouveau but ou de nouveaux moyens pour y parvenir.

6.4 La transformation des habitudes d'orientation de l'action comme « repère » du développement de l'expérience

Le processus d'enquête représente une opportunité pour les praticiens de renouveler leurs habitudes de pensée, il constitue en ce sens un espace potentiel ou une « *aire intermédiaire d'expérience* » (Winnicott, 1971, p. 49), entendue comme espace transactionnel entre le sujet et son environnement qui peut donner lieu à une réorganisation des acquis de l'expérience chez l'individu. L'enquête paraît en effet relever d'une forme de vie créative, c'est-à-dire d'un « *mode d'expérimentation* » entre le sujet et son environnement et qui constitue « *une expérience créative (...) une forme fondamentale de la vie* » (ibid., p. 103). Elle met en jeu dans le cours de l'activité, un ensemble de raisonnements à travers lesquels s'élaborent et se reconfigurent les habitudes d'activité du sujet. Nous pensons que l'on assiste à une réélaboration de l'expérience, lorsqu'à l'occasion de la conduite d'une activité d'enquête, le médecin est appelé à transformer une habitude d'orientation qui guidait sa conduite. Ce type de transformation intègre directement la dimension constructive de l'activité du sujet et peut être considérée comme une forme de « repère » du « travail de l'expérience » dans la mesure où il offre au sujet « *la possibilité de voir les éléments à partir de positions multiples (et de considérer) les résultats enregistrés comme d'autres mondes possibles* » (Bruner, 1991, p. 134)

6.4.1 La réélaboration de l'expérience du point de vue des apprentissages dans et par l'activité

Les habitudes qui orientent l'action du médecin du travail peuvent être entrevues comme une forme d'« instrument psychologique » au sens de Vygotski (1997) et Rabardel (1995, 2005), c'est-à-dire désignant une potentialité dont dispose le sujet, élaborée à travers son expérience. Cette « potentialité d'orientation » de l'action pour une classe de situations rencontrées constitue en effet un ensemble de « *conditions objectives déjà incorporées (...), un corps résiduel d'habitudes non perturbé* » (Dewey, 1922, p. 127-128) ; elle représente également un potentiel de réorganisation ou de développement de l'expérience, lorsque l'habitude est amenée à se transformer pour les besoins de l'enquête. En concevant la transformation des habitudes d'orientation du médecin du travail, à l'occasion d'une démarche de singularisation

de l'enquête, comme un processus de « *genèse instrumentale* » ou opérative, il est possible d'appréhender la dimension constructive de l'activité de ces praticiens, c'est-à-dire un processus orientée vers la *transformation*, le développement des habitudes d'orientation de l'action. En ce sens l'activité d'enquête du médecin du travail est à la fois tournée vers la détermination de la situation professionnelle du salarié et vers la production d'un conseil et d'une préconisation ; mais elle est également et simultanément tournée vers le praticien lui-même. L'activité du médecin du travail paraît ainsi orientée simultanément vers une dimension de production de l'action de prévention et vers la construction de son univers expérientiel. Nous observons en ce sens qu'à l'occasion de son activité d'enquête, le médecin n'est pas seulement en rapport avec son action de prévention, mais également « *dans un rapport à lui-même, c'est-à-dire en rapport avec ses instruments : il se connaît, se gère et se transforme lui-même* » (Rabardel, 2005, p. 254-255). Nous souhaitons, toujours en ce sens, entrevoir les processus de singularisation de l'enquête du médecin du travail non seulement comme une activité permettant au professionnel de retrouver un équilibre situationnel, mais également comme un processus de médiation réflexive, lorsque s'effectue un réaménagement de l'habitude d'orientation de l'action. Cette seconde dimension de l'enquête participe à l'idée selon laquelle l'activité humaine est en même temps tournée vers l'objet de l'action (une transformation du réel) et en même temps tournée vers le sujet lui-même, c'est-à-dire son développement et son apprentissage. La démarche d'enquête du médecin constitue à la fois une activité « *productive* », car elle permet au sujet de convertir une situation douteuse en une situation déterminée au sein de laquelle il est possible d'agir, et en même temps une activité « *constructive* » c'est-à-dire une dimension de l'agir orientée vers « *l'accroissement, le maintien, la reconfiguration des ressources du sujet pour l'activité productive à venir* » (Rabardel, 2005, p. 254). La dimension constructive de l'enquête, orientée vers la reconfiguration des habitudes d'orientation de l'action du praticien, représente une voie de construction des connaissances et, de ce fait, relève d'une démarche d'apprentissage.

Nous choisissons de rendre compte de ces phénomènes d'apprentissage en situation professionnelle, du point de vue des processus de microgenèse des habitudes d'orientation de l'action de prévention du médecin du travail. Nous faisons l'hypothèse qu'un processus d'apprentissage est potentiellement à l'œuvre, dans ce processus de « *micro-genèse* » lorsque « *la situation actuelle, par confrontation avec les représentations passées, acquiert un statut essentiellement par les écarts qu'elle représente par rapport à ce qu'en attendait le sujet (ses références antérieures)* » (Poyet, 1993, p. 141). La réélaboration de l'expérience du sujet ne

signifie pas forcément une remise en cause générale de l'ensemble de ses représentations et il s'agit alors porter une attention particulière aux modifications, même « micro », opérées vis-à-vis des habitudes d'activités. Encore faut-il spécifier ce que nous entendons précisément par « transformation des habitudes d'orientation du médecin du travail ». Nous avons pu identifier trois formes de microgenèse des habitudes d'orientation nous paraissant particulièrement représentatives des processus de réélaboration de l'expérience des médecins du travail : 1) la transformation comme « spécification » de l'habitude, 2) la transformation par « inclusion », 3) la transformation comme « révision » de cette habitude d'activité. Nous souhaitons à présent revenir sur ces trois formes de microgenèse des « instruments d'orientation » du praticien :

- 1) Nous définissons le processus de « spécification » des habitudes d'orientation de l'action comme la construction au sein de l'habitude de nouveaux éléments constitutifs de l'habitude pour une classe de situations de prévention donnée. Une transformation de ce type est à l'œuvre, par exemple, lorsque le processus de singularisation de l'enquête permet de construire de nouvelles composantes au sein d'une habitude déjà élaborée par le sujet. Cette transformation ne vient pas remettre en cause l'habitude d'orientation de l'action, mais vient la « spécifier » à travers la construction de nouvelles propriétés relatives à l'identification d'un espace d'activités (propriété des objets composant la situation de travail et relations entre ces objets) ou relatives à la détermination des actions à mener dans ce type de situation (critère de prévention, moyens pour prévenir les risques d'accident...). Nous avons notamment exploré ce processus à travers les consultations du DR F et du DR D, à travers la découverte de nouvelles propriétés de l'activité du salarié, soit, dans ces exemples, la découverte d'une nouvelle tâche et de nouveaux gestes représentant des facteurs de risques sur la santé jusqu'à là non pris en compte. Nous pouvons illustrer ces deux exemples qui relèvent du même processus de « spécification » à travers le schéma suivant :

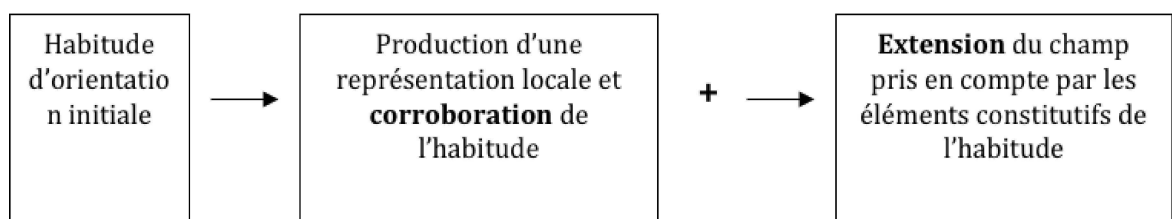


Figure 13. La transformation de l'habitude à travers une extension du champ pris en compte

Dans cette première forme de transformation, les processus qui orientent l'action de prévention restent opératoires dans la situation d'enquête en cours, cependant un processus de singularisation va, simultanément permettre de construire de nouvelles composantes, potentiellement généralisables à d'autres actions de prévention avec d'autres salariés.

- 2) Nous définissons le processus de transformation des habitudes, par « inclusion » comme l'établissement de nouveaux liens au sein de l'habitude avec des éléments déjà élaborés, mais constitutifs jusqu'à présent d'une ou plusieurs autres habitudes d'orientation. Une telle transformation est à l'œuvre lorsque le processus de singularisation de l'enquête permet au praticien de réaliser de nouveaux liens au sein de son habitude, à partir d'autres critères de prévention élaborés dans un autre contexte et destinés habituellement à d'autres situations de prévention. Cette transformation ne vient pas remettre en cause le modèle de référence de l'acteur dans ce type de consultation, mais elle permet l'inclusion d'autres composantes qui jusqu'à présent n'étaient pas considérées comme opératoires dans ce type de situation. Nous avons exploré plus particulièrement cette seconde forme de transformation dans la consultation du Dr G à travers la réalisation d'un nouveau lien entre la notion de risque pour les salariés relatif à « la perturbation et le changement des équipes de travail » et l'habitude qui oriente son action pour la classe de situations « livreurs de meubles ». Nous pouvons illustrer plus généralement cette dynamique de transformation par « inclusion » à travers le schéma suivant :

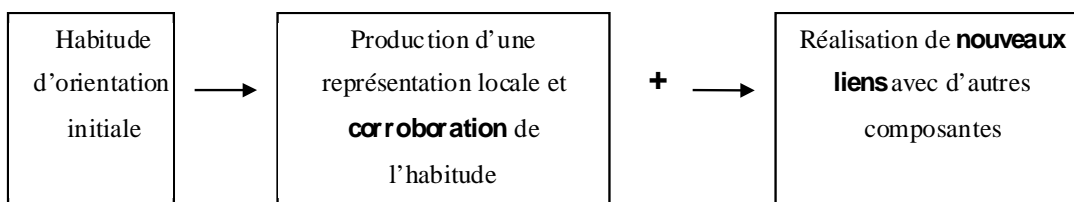


Figure 14. La transformation de l'habitude à travers la réalisation de nouvelles formes de liens entre les composantes

À travers cette seconde forme de transformation, les processus qui orientent l'action de prévention demeurent opératoires dans la situation d'enquête en cours, cependant on assiste à un processus de mise en lien pragmatique dont résulte l'importation de composantes déjà construites ailleurs, au sein de l'habitude.

3) Nous définissons le processus de « révision » de l'habitude d'orientation de l'action de prévention, comme le remaniement des éléments constitutifs de l'habitude d'orientation de l'action. On observe que la révision d'une partie de l'habitude d'orientation, à l'œuvre dans le processus de singularisation de l'enquête, oblige le praticien à reconsidérer sous un jour nouveau un ensemble de propositions qu'il tenait habituellement pour vraies et utiles dans ce type de cas. Cette transformation se déroule lorsque le praticien rectifie une partie de son modèle de référence, soit parce que celui-ci n'est plus opératoire du fait des évolutions de l'environnement, ou de l'activité, soit parce qu'il découvre que celui-ci est critiquable ou contradictoire du point de vue de sa pertinence et/ou de son opérativité dans l'action de prévention. Nous avons exploré plus particulièrement cette seconde forme de transformation dans la consultation du Dr P qui découvre que les risques d'accident du travail dans un type de situation ne sont pas dus « aux rapports que le sujet entretient avec son environnement », mais avec « une contradiction dans l'organisation de cet environnement de travail ». Nous pouvons résumer ce processus de « révision » de l'habitude orientatrice, à travers le schéma suivant :

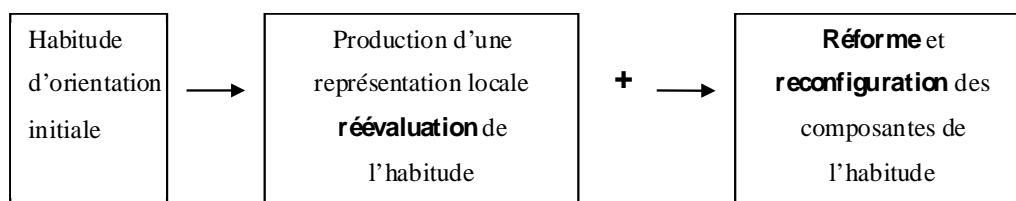


Figure 15. La transformation de l'habitude à travers une révision d'une partie de ses composantes

Cette troisième possibilité de transformation des habitudes se réalise lorsque le praticien expérimente le caractère contradictoire ou déficient de son habitude à travers une situation singulière représentant pour lui une occasion de reprise de ses manières de penser et d'agir.

Ces phénomènes de microgenèse des habitudes qui orientent l'action de prévention du médecin du travail se réalisent dans le cours de l'action, mais sans forcément que cette dernière soit stoppée. De la même façon, les transformations qu'ils opèrent sur les modèles de prévention de ces acteurs, ne représentent pas situations de genèses « radicales » de l'habitude, plutôt des microgenèses à travers un processus de développement de ces composantes. Cependant cette forme de transformation « silencieuse », qui se déroule dans le quotidien relationnel de travail de ces praticiens, intervient de façon fondamentale dans le processus plus général de constitution de l'expérience des médecins du travail.

6.4.2 Une transformation « silencieuse » des habitudes d'orientation, mais néanmoins déterminante du point de vue de la constitution de l'expérience du sujet

Les trois formes de microgenèse des habitudes d'orientation de l'action, que nous avons caractérisées, participent à l'idée selon laquelle le développement de l'expérience ne se réalise pas forcément à l'occasion d'extrêmes perturbations de l'action, mais plutôt sous des formes plus nuancées et surtout dans les espaces quotidiens de l'activité.

6.4.2.1 La place du quotidien dans la constitution de l'expérience

Les formes de réélaboration de l'expérience que nous mettons en exergue ici, ne se réalisent pas au travers de situation extra-ordinaires, ou extrêmes, mais au contraire dans les espaces quotidiens et habituels de l'activité professionnelle du médecin du travail. Si le processus de singularisation de l'enquête du médecin constitue une rupture momentanée du cours habituel de l'action, celui-ci se réalise néanmoins toujours à l'occasion d'une activité d'enquête et au cours d'une situation de consultation médicale traditionnelle et courante. Il apparaît donc particulièrement important de replacer les transformations que nous observons dans la dimension « ordinaire » ou « quotidienne » de l'activité de travail, c'est-à-dire qui concerne les actions habituelles qui se réalisent de façon fréquente et attendue. Il nous semble en effet plus juste de désigner ainsi les espaces d'activités au sein desquels se réalisent ces apprentissages, plutôt que de définir les apprentissages eux-mêmes de « quotidiens » ou de « spontanés ». Car les notions « d'apprentissage expérientiel » ou « d'apprentissage sur le tas » etc, présentent selon nous le problème de juger le type d'apprentissage en fonction de l'espace au sein duquel il se déroule, et qui conduit alors à une forme de hiérarchisation des apprentissages, toujours selon ce critère. Il nous semble plus pertinent d'évoquer les processus de transformation des habitudes d'orientation de l'action, en investissant la notion d'espace « quotidien » ou « ordinaire » ou « régulier » de l'activité de travail. Nous abordons alors les dynamiques de développement de l'expérience du point de vue des espaces ordinaires d'activités professionnelles au sein desquels elles se déroulent, en souhaitant, à travers cela, mettre l'accent sur *« l'irréductibilité de l'expérience de l'ici et du maintenant, et sur la nécessité de se centrer sur la production de sens dans l'expérience de la vie quotidienne et le flux de son vécu »* (Jodelet, 2006, p. 237). Le médecin du travail rencontre une occasion de transformation des habitudes qui orientent son action, lorsque celui-ci fait l'épreuve des objets

et des situations dans la vie quotidienne de son travail. Cette dernière, à condition qu'elle permette l'ouverture d'une enquête singulière favorise en effet une transposition du produit de cette enquête vers d'autres objets ou situations et ainsi « *le développement ultérieur de l'expérience (...) un moment véritablement nouveau qui motive une création nouvelle et permet à l'objet de se présenter désormais avec un sens plus riche*¹¹ » (Tran Duc Thao, 1971, p. 50). Dès lors, les situations, qui composent le quotidien des médecins du travail et qui constituent le cœur de son métier, contiennent potentiellement les opportunités et les ingrédients nécessaires à la réalisation d'apprentissages (même micro), qui participent à la constitution plus globale de son expérience. Les interprétations que le médecin réalise dans l'expérience vécue de sa vie quotidienne de travail sont susceptibles d'influencer plus largement sa manière de penser et de « vivre » ce quotidien.

6.4.2.2 Des transformations « silencieuses », mais structurantes

Les transformations, qui se réalisent à l'occasion de l'ouverture d'une enquête singulière, se déroulent ainsi dans le cours de l'action et sans forcément que le sujet en prenne conscience à ce moment-là. Les sujets élaborent de nouvelles manières de se représenter le monde du salarié et sans pour autant pouvoir expliquer ce qui est en train de changer et ni comment et pourquoi ces transformations surviennent. Les différentes formes de transformation des habitudes qui orientent l'action de prévention du sujet se déroulent en effet conjointement aux processus de transformation du réel et sans que le sujet en prenne directement conscience, c'est-à-dire sans forcément que l'on puisse observer « *une mise en représentation par le sujet de sa propre expérience* » (Barbier, 2011, p. 45).

Dès lors, il nous semble possible de caractériser les changements opérés par le praticien durant le cours de son action, vis-à-vis des habitudes qui orientent son action de prévention, comme des transformations « silencieuses » ou « discrètes » des habitudes d'activités. Les trois types de transformation des habitudes d'orientation qui orientent l'action du sujet et que nous avons proposés plus haut, se réalisent dans le cours de l'activité, parfois de façon imperceptible, « *car non seulement cette transformation en cours, on ne la perçoit pas, mais elle s'opère elle-même sans crier gare, sans alerter, en silence : sans se faire remarquer et comme indépendamment de nous ; sans vouloir nous déranger (...) alors même que c'est en nous qu'elle fait son chemin* » (Julien, 2009, p. 11). Les formes de micro-genèse, que nous observons à propos des habitudes d'orientation, se déroulent au fil de l'action, sans

¹¹ Souligné par Jodelet, 2006.

interrompre celle-ci et sans qu'elles n'altèrent la continuité de l'engagement de l'acteur dans la situation d'intervention. Ces modifications des manières d'orienter son action ne s'apparentent pas à des révolutions radicales, elles ne se démarquent jamais suffisamment du cours global de l'action, pour interrompre celle-ci et mobiliser l'attention des acteurs sur elles. Cependant, il nous semble plus juste de qualifier ce type de changement de silencieux, plutôt que « d'invisible » dans la mesure où leurs conséquences, et leurs effets sur la façon dont le sujet organise son action, sont eux, remarquables. Cette transformation discrète des habitudes de pensée du sujet, n'en demeure pas moins précieuse pour celui-ci et structurante dans son expérience puisqu'elle « *influe de son seul fait par incidence au fil des jours* » (ibid, p. 22).

La transformation des habitudes d'orientation, bien que discrète et intégrée au cours de l'action, n'en demeure pas moins constituante du processus plus général de constitution de l'expérience du sujet. Les phénomènes de micro-genèse, que nous avons observés, se réalisent dans le cours de l'activité et constituent, au fil du temps et de façon itérative, la principale source de réélaboration et de développement de l'expérience de ces acteurs. C'est au fil des situations dialogales et plus précisément au fur et à mesure que le sujet s'engage dans des activités d'enquête, que celui parvient à élargir le champ de ses connaissances qui participe à la construction de ce que l'on désigne habituellement comme son « expertise ». La transformation, même partielle d'une partie de l'habitude qui oriente l'action de prévention du médecin, influe de son seul fait et au fil des jours sur les manières de penser et d'agir du sujet. Il ne s'agit pas d'appréhender les dynamiques de renouvellement ou d'enrichissement de l'expérience selon une vision cumulative de celle-ci, mais plutôt d'observer les modifications (même nuancées) qui s'opèrent : elles représentent des élaborations qualitatives. Le développement de l'expérience du sujet relève en ce sens davantage d'une transformation des cadres de pensée de l'action plutôt que d'un « progrès » quantitatif, c'est le résultat d'apprentissages qui « *ne se rédui(sen)t pas à l'accumulation de connaissance ou de savoir-faire, mais transforme(nt) qualitativement les manières de se situer, de penser et d'agir* » (Mayen, 2009, p. 117) de l'acteur. Nous abordons ainsi, plus généralement la reconfiguration des habitudes au sein d'une approche développementale de l'expérience du sujet susceptible de rendre compte « *des processus de construction, de déconstruction et de reconstruction, d'accroissement ou d'appauvrissement des possibilités d'agir* » (ibid). Les apprentissages, que le médecin du travail réalise dans le cadre de son travail, sont susceptibles d'influencer durablement ses manières d'être et de penser, constitutives de son expérience.

6.4.2.3 Des transformations « silencieuses » susceptibles d'affecter plusieurs espaces d'activités

Ces transformations, qui s'opèrent au sein des habitudes qui orientent l'action de prévention du médecin du travail, prennent le statut d'apprentissage par et dans l'activité, dans la mesure où elles sont susceptibles de permettre au sujet de « *faire les choses autrement, qu'il s'agisse d'activités mentales, discursives, physiques, ou des trois à la fois* » (Barbier, 2011, p. 32). Nous pouvons en effet observer que le réaménagement des habitudes qui orientent l'action du médecin s'avère beaucoup subtil qu'il n'y paraît dans la mesure où la modification d'une partie des composantes de l'habitude aura potentiellement pour conséquence de modifier ou d'influencer une large classe de situations de prévention. Les habitudes qui orientent l'action se distinguent des habitudes d'activités opératoires puisqu'elles les organisent en orientant la conduite du sujet dans l'action.

Dès lors, lorsqu'une habitude d'orientation se modifie, c'est plus largement un ensemble de conduites d'action qui sont potentiellement affectées par ce changement. La réorganisation des habitudes d'orientation n'aura pas uniquement comme conséquence de modifier la situation, mais également les critères à travers lesquels le sujet organise son activité pour une classe de situations donnée. Ces transformations ne concernent pas seulement la périphérie de l'action, mais affectent son organisation, c'est-à-dire les modèles que mobilise l'acteur pour la conduire. Elles participent ainsi à une réorganisation de l'expérience et non seulement d'un simple ajustement du comportement ou des routines. Lorsque le médecin du travail transforme une partie des connaissances opératoires à partir desquelles il oriente son action, il s'agit d'une réélaboration « *non pas seulement du système de procédures pour l'action, mais de l'organisation conceptuelle de celle-ci* » (Mayen, 2000, p. 72). Dans le cas des médecins du travail, nous avons observé que ces changements introduisent des modifications dans sa manière de se représenter une partie de l'espace d'activité d'autrui, mais également son opinion et ce qu'il estime bon et nécessaire de faire dans ce type de situation ou de problème qui se présente à lui. Lorsque le sujet se forge une nouvelle opinion dans une situation, celle-ci n'est pas réduite à la singularité de l'action, mais la dépasse, car cette opinion affecte à la fois l'agir en cours, mais également l'organisation de l'agir, c'est-à-dire les « *motifs, personnalités, buts, horizon de pensée, périmètre et nature des représentations, modes de raisonnement et d'analyse, périmètre des situations maîtrisables, sentiment de capacité d'action sur les situations* » (Mayen, 2009, p.118). Le produit de la transformation des habitudes qui orientent l'action, ne concerne donc pas uniquement un changement de l'exécution de l'action, mais davantage une transformation de la manière dont le sujet

conceptualise les situations de ce type, c'est-à-dire dans sa façon de repérer les propriétés des objets et de mettre en rapport ces propriétés avec des « opérations d'exécution types », qui s'apparentent ici à des modes de préconisations et des formes de prévention des risques liés au travail. Les transformations que nous observons n'ont ainsi pas pour conséquence de développer uniquement la situation, mais surtout les constructions mentales (et affects associés) qui organisent les activités du sujet à l'intérieur d'une large classe de situations.

Les micro-genèses des habitudes qui orientent l'action de prévention du médecin du travail, relèvent alors davantage de modifications concernant l'organisation des modes de conduite de l'action préventive du praticien, c'est-à-dire : « *l'émergence des caractéristiques des classes de situations, extension du champ couvert par la représentation, prise de conscience des propriétés des objets et des situations, augmentation du champ temporel pris en compte au-delà de l'immédiateté ...* » (Mayen, Vanhule, 2010, p. 230).

Ainsi, le développement des habitudes d'orientation de l'action procède d'un développement plus général du point de vue de la constitution de l'expérience du sujet, mais nécessite toutefois, pour que ces transformations soient « incorporées », que le sujet les replace dans un continuum de son expérience, c'est-à-dire qu'elles soient liées entre elles « *de façon à former un continuum (...) une unité qualitative individuelle extensive* » (Dewey, 1938-2006, p. 544).

Propos d'étape 6

Dans la mesure où le médecin du travail ne rencontre jamais deux fois la même situation à l'identique, celui-ci s'appuie sur un ensemble d'habitudes qui orientent son action de prévention et qui en assurent la continuité au travers des différentes occurrences rencontrées. Les habitudes qui émergent dans le cours de son action constituent un matériel déjà « expérimenté », issu des enquêtes précédentes et qui lui permet de conduire son action de prévention, dans le face à face avec le salarié, de la façon la plus efficiente pour lui.

Nous avons vu que le dialogue avec le salarié, finalisé par des enjeux de prévention des risques liés à l'exercice de son travail, se révèle également un univers qualitatif de son expérience, au sein duquel le praticien enrichit ou transforme le produit de son expérience. Le processus de singularisation de l'enquête s'apparente en effet à une activité de « *problématisation* » (Fabre, 2009) dont la dimension constructive permet au professionnel qui la conduit de réélaborer les habitudes qui constituent les « acquis » de son expérience. En ce sens, il nous semble possible d'entrevoir le processus de singularisation de l'enquête comme une « *voie de développement professionnel* » (Wittorski, 2007) en situation de travail. Les trois types de transformations des habitudes d'orientation que nous avons identifiées fonctionnent alors comme des repères du « *travail de l'expérience* » de ces professionnels dans le cadre quotidien de leur activité professionnelle.

Nous mettons en évidence dans ce chapitre, dans quelle mesure ces transformations qui se déroulent dans et par l'activité, se réalisent au fur et à mesure de celle-ci, sans forcément que son cours en soit perturbé et/ou que le sujet en prenne conscience. Ces « *transformations silencieuses* » (Julien, 2009), qui se déroulent parfois à l'insu de celui qui les vit, n'en sont pas moins constitutives du travail de l'expérience du sujet, car c'est à travers elles que se développe et se réélabore son « expertise » ou son pouvoir d'agir tout au long de sa vie professionnelle. Les différentes formes de transformations silencieuses des habitudes que nous caractérisons dans ce travail nous incitent à souligner la place du « quotidien » dans les processus de constitution de l'expérience. Il est d'ailleurs possible de se poser la question si le caractère silencieux de ces apprentissages ne serait pas valable d'une façon plus générale, pour les transformations mentales qui se produisent à l'occasion de l'activité.

Conclusion

La compréhension des processus selon lesquels le sujet, à l'occasion de son activité, est amené à réélaborer son expérience au contact d'autrui, représente à la fois un enjeu professionnel pour les acteurs des champs de l'intervention, mais également un objet particulièrement significatif du champ de l'éducation et de la formation des adultes en tant que champ de recherche. Dans cette étude, nous avons pris le parti d'étudier le « travail de l'expérience » du sujet, à travers une entrée par l'activité. Il s'agit d'étudier les processus liés à la construction de l'expérience du sujet en situation « naturelle » et « quotidienne » de travail, du point de vue de la transformation que le sujet opère à cette occasion vis-à-vis des « habitudes » qui « orientent » son action. L'analyse de l'activité de médecins du travail, en situation réelle de consultation lors de la visite médicale, nous a permis d'identifier plusieurs modalités selon lesquelles ces praticiens sont amenés à transformer leurs habitudes d'orientation de l'action de prévention, à l'occasion des interactions avec les salariés.

Nous proposons dans cette conclusion de revenir dans un premier temps sur les résultats les plus significatifs de cette recherche, puis de les discuter du point de vue de leurs apports vis-à-vis de l'intelligibilité des processus de construction de l'expérience du sujet, et de leurs possibles prolongements.

Les résultats significatifs de cette recherche du point de vue de l'analyse des processus de construction de l'expérience dans l'activité

Dans ce travail nous montrons tout d'abord, dans quelle mesure l'activité dialogale avec le salarié représente pour le médecin du travail une occasion privilégiée de conduire son action de prévention des risques liés au travail. L'activité dialogale du praticien se réalise à travers une combinaison d'unités dialogales qui constituent le support de sa démarche de questionnement et d'investigations que nous nommons ici activité « *d'enquête* » (Dewey, 2006). C'est en effet à travers le dialogue que le professionnel tente de « déterminer » la situation professionnelle du salarié, ainsi que les rapports que celui-ci entretient avec cette situation, afin de formuler un avis et éventuellement des préconisations à destination de l'employeur. Nous montrons que l'activité d'enquête du médecin du travail ne correspond pas à une démarche linéaire, mais à un processus itératif au sein duquel les « fonctions » de l'enquête émergent, laissent la place à d'autres, puis réapparaissent jusqu'à ce que le médecin

puisse enfin conclure et formuler un avis. Cette activité d'enquête orientée vers la détermination des impacts du travail sur la santé du salarié, nous la qualifions de « générale » ou de « générique » dans la mesure où celle-ci est attendue et fait l'objet d'une contractualisation implicite au sein des échanges lors de la visite médicale, qui confère au médecin le rôle de « questionneur » et au salarié celui de « questionné ».

Cependant, nous montrons également que le cours habituel de l'enquête du médecin du travail peut être momentanément perturbé par l'apparition au sein du dialogue d'un problème ou d'une situation jusqu'alors inconnue ou inattendue. L'émergence de cet espace insuffisamment déterminé du vécu d'autrui va déclencher chez le préventeur l'ouverture d'une « d'enquête singulière » à l'intérieur de « l'enquête générale ». Une situation problématique émerge, face à laquelle le médecin ne dispose en effet pas immédiatement de réponse, et vis-à-vis de laquelle il va devoir produire des connaissances afin de retrouver un équilibre dans la situation et poursuivre son action préventive. Ce processus de « singularisation de l'enquête » peut s'avérer très court dans le temps, mais il semble produire toutefois chez le médecin un certain nombre d'affects (étonnement, embarras, confusion) face auxquels celui-ci va « *s'aventurer dans l'inconnu* » du vécu d'autrui (Dewey, 2010, p. 442). C'est à l'occasion de l'ouverture d'une enquête dans l'enquête que le praticien est appelé à produire de nouvelles connaissances dans la situation et ainsi d'enrichir son expérience.

Le troisième type de résultats de cette recherche concerne donc les apprentissages réalisés par le médecin du travail à l'occasion de son activité d'enquête, lorsque pour les besoins de celle-ci, il est amené à transformer ce que nous nommons ici ses « habitudes » d'orientations. Nous pensons que, parmi ces habitudes, celles qui assurent « *l'orientation* » (Galperine, 1966, Savoyant, 1979) de son action de prévention jouent un rôle particulièrement central dans la construction de ses activités. Ces habitudes qui sont activées par le médecin, assurent l'orientation de son action en lui permettant de répondre aux questions : « dans quelle situation je me trouve ? » et « qu'est-ce que je dois faire dans cette situation ? ». Elles constituent ainsi le « produit » ou les acquis » de son expérience, mais sont également appelées à être réélabores à l'occasion de la conduite d'une enquête singulière. Nous avons en effet pu mettre en évidence trois types de transformations : 1) la transformation comme processus de « spécification » des composantes de l'habitude ; 2) la transformation comme processus « d'inclusion » de nouvelles composantes au sein de l'habitude ; 3) la transformation comme processus de « révision » des composantes de l'habitude. Dans tous les

cas, ces transformations intègrent toutes le phénomène plus général de construction de l'expérience du médecin, en lui permettant soit d'en « savoir plus sur... », soit de « faire des liens avec » ou bien encore de « changer de point de vue sur... ».

La mise en perspective de ce type d'apprentissage nous permet enfin de souligner le caractère « silencieux » des transformations que le sujet opère vis-à-vis de ses habitudes d'activités, dans le cours de son action. A l'occasion des « transactions » qu'élabore le sujet avec son environnement, et de ce que Dewey nomme le « *travail de la vie* » (Dewey, 1938, p. 14), s'opère en lui la construction progressive de son expérience qui « *se fait sous nos yeux, tous les jours (même) si nos yeux sont trop distraits* » (ibid.) pour le voir. Si la construction de l'expérience peut être approchée du point de vue du développement des habitudes d'activités, il s'agit alors de prêter une attention à la transformation des manières de pensée et d'agir du sujet (changement de point de vue sur) qui « *ne se démarque jamais suffisamment pour être perceptible* » (Julien, 2009, p. 15), mais qui constitue une des voies privilégiées de l'élaboration de son expérience.

Discussion et prolongement des résultats de la recherche : enjeux et limites pour la recherche en formation des adultes

Aborder les transformations qui s'opèrent chez le sujet à l'occasion de son activité, à travers le concept « *d'enquête* » proposé par Dewey, nous a permis de souligner, le rôle de l'activité de « problématisation » dans la transformation de ses habitudes d'activités. Si nous sommes parti du postulat selon lequel, c'est à travers l'activité humaine que s'opèrent à la fois les transformations du monde et celles des sujets agissant dans le monde, toute activité ne constitue pas pour autant une occasion d'apprentissage. Les résultats de cette recherche participent en effet à l'idée selon laquelle la réalisation des apprentissages dans et par l'action implique non pas seulement une activité de « *problémation* » qui consisterait à appliquer un ensemble de règles et de procédures pour « résoudre » un problème dans la situation, mais plutôt une démarche de « *problématisation* » au sein de laquelle le sujet est amené à « *mettre en question les conditions du problème soit parce qu'elles font défaut et qu'elles sont à inventer, soit parce qu'elles sont en défaut et doivent être remaniées, soit encore parce qu'elles se contredisent* » (Fabre, 2006, p. 29). À travers l'analyse du processus d'enquête du médecin du travail, nous soulignons ici davantage le rôle de la démarche au travers de

laquelle le professionnel construit ou détermine progressivement les éléments du problème, dans la constitution de son expérience, plutôt que sur la résolution de ce problème. Nous observons en effet que la transformation des habitudes d'orientation des médecins se réalise moins dans la résolution du problème qui se pose à lui, qu'à travers le processus contrôlé et continu de l'enquête qui implique « *une délibération, un examen critique des conditions existantes, voire une invention ou une découverte de conditions nouvelles* » (ibid, p. 29).

Si nous devons inscrire les résultats de cette recherche dans une réflexion praxéologique, il serait alors en effet envisageable de reconsidérer cette distinction, cette fois dans une optique d'aménagement de situations de dispositif de « retour sur l'activité » se donnant pour intention la transformation des habitudes d'activités du sujet. La connaissance des conditions à travers lesquelles le sujet est amené à s'engager dans une activité d'enquête, et ainsi à « problématiser », peut sous certaines conditions constituer un ensemble de repères à disposition du formateur mobilisant les outils d'analyse de l'activité cette fois dans une démarche de développement du sujet c'est à dire : « *une certaine libération de ses potentiels subjectifs* » (Clot, 2008, p. 120). La « reprise » du processus à travers lequel le sujet « problématisé » dans l'action à travers le repérage des différentes « fonctions d'enquêtes » que celui-ci met en place peut s'avérer une opportunité de réflexivité sur sa propre activité productrice de nouvelles manières de penser et d'agir.

Il semble enfin important de revenir sur le type de résultats que nous avons produits dans cette recherche du point de vue de la compréhension des processus de constitution de l'expérience chez le sujet. Le type de dispositif d'analyse de l'activité, que nous avons mis en place dans cette étude, suggère qu'il est possible à travers l'analyse de l'activité singulière d'un sujet, de proposer des interprétations relatives à des dynamiques de constitution de l'expérience généralisable à d'autres classes de situations: en effet, « *l'analyse du « concret » des activités peut susciter des outils particulièrement généraux, transférables à de multiples autres situations, et relevant d'une théorie de l'activité* » (Barbier, 2008, p. 137).

Nous mobilisons en effet dans cette recherche un ensemble de concepts, comme ceux « d'enquête », ou « d'habitude d'orientation », qui constituent des outils d'intelligibilité des processus de constitution de l'expérience généralisable à d'autres situations de travail ou d'autres activités humaines. Nous pensons ainsi que l'identification des différents processus de transformation des habitudes qui orientent l'action du sujet apporte une manière supplémentaire d'étudier et d'interpréter les situations d'apprentissage à l'occasion de l'activité.

Ce type « d'outil conceptuel », produit à travers une entrée par l'activité, participe à sa manière au projet d'intelligibilité des processus à travers lesquels un sujet devient « expérimenté » ou « connaissant », ce dont les sciences de l'éducation et la formation font un objet central de leurs recherches.

Cependant il semble important d'adopter à cet égard un regard critique du point de vue d'une tentation qui consisterait à « mettre à l'épreuve » les outils conceptuels produits dans cette recherche, en voulant les « retrouver » dans d'autres situations d'activité. La notion de « transformation de l'habitude d'orientation » que nous proposons est en effet construite dans le but de rendre compte des rapports entre activités de construction de sens du sujet et réélaboration de son expérience à cette occasion. Il s'agit dès lors d'un concept d'analyse élaboré par le chercheur pour rendre compte d'une dimension de l'activité du sujet, et non d'une entité « préexistante » chez le sujet ou « ontologique » que notre étude aurait permis de « révéler ».

Il semble en effet d'un point de vue épistémologique important de resituer la nature des outils produits dans ce travail en soulignant que ces outils sont des « construits du chercheur » et non pas des existants chez l'acteur et qu'en ce sens nous ne pourrions nous inscrire dans une démarche visant à reconnaître chez le sujet telle ou telle « caractéristique » en fonction des définitions que nous proposons. Nous observons en effet que de nombreux concepts, produits dans une démarche de compréhension dans le cadre d'une approche située font l'objet d'un processus de naturalisation lorsque « *les construits du chercheur à des fins d'interprétation se substituent de fait aux objets du monde physique ou social dont la recherche a pour mission de rendre compte ; on constate alors des phénomènes de circularité intradiscursives qui isolent la recherche et les chercheurs du monde social ; les moyens sont pris pour des fins* » (Barbier, 2008, p. 137). De la même façon, en identifiant dans cette recherche, trois formes de transformations des habitudes d'orientation, nous ne souhaitons en aucun cas proposer une nouvelle typologie d'analyse des processus expérientiels en situations professionnelles, mais plutôt des repères ou des propositions pour l'étude et la compréhension des changements qui s'opèrent chez le sujet tout au long de sa vie professionnelle et de son travail de l'expérience.

Bibliographie¹²

¹² Bibliographie établie selon les normes de la feuille de style de dépôt des thèses du Cnam, [Consultée en ligne le 10 avril 2012 : bibliotheque.cnam.fr/theses-et-memoires/depot-de-theses-star-/depot-des-theses-dans-star-273946.kjsp?RH=rech_eco&RF=fbibstar].

Astier, P. Travail et formation. In : Barbier, J-M. Bourgeois, E. Chapelle, G. Ruano-Borbalan, J-C. (Eds), *Encyclopédie de la formation*. Paris : PUF, 2009, p. 733-761

Astier, P. La fonction « situante » de l'activité de l'activité. Le cas d'une blanchisserie industrielle. *Recherche et formation*, 2003, n° 42, p. 75-85

Austin, J.L. *Quand dire c'est faire*. Paris : Seuil, 1970, 184 p.

Barbier J-M. *Expérience, apprentissage, éducation*. In : Albarello, L. Barbier, J-M. Bourgeois, E. Durand, M. (Eds), *Expérience, Activité, Apprentissage*. Paris : PUF, 2012, (à paraître).

Barbier, J-M. Thievenaz, J. *Le travail de l'expérience*. Paris : L'harmattan, 2012, (à paraître).

Barbier, J-M. *Vocabulaire d'analyse des activités*. Paris : PUF, 2011, 128 p.

Barbier, J-M. Formation et recherche : ambiguïtés sémantiques et formes d'actions spécifiques. *Recherche et formation*, 2008, n°59, p. 133-140

Barbier, J-M. Problématique identitaire et engagement des sujets dans les activités. In : Barbier, J-M. Bourgeois, E. De Villiers, G. Kaddouri, M. (Eds), *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation*. Paris : L'harmattan, 2006, p. 15-64

Barbier, J-M. Durand, M. L'activité : un objet intégrateur pour les sciences sociales. *Recherche et formation*, 2003, n°42, p. 99-117

Barbier, J-M. La constitution de champs de pratiques en champs de recherches. In : Baudouin, J-M. Friedrich, J. (Eds), *Théories de l'action et éducation*. Bruxelles : De Boeck Université, 2001, p. 305-317

Barbier, J-M. Rapport établi, sens construit, signification donnée. In : Barbier, J-M. Galatanu, O. (Eds), *Signification, sens, formation*. Paris : PUF, 2000, p. 61-86

Barbier, J-M. Sémantique de l'action et sémantique de l'intelligibilité des actions. Le cas de la formation. In : Maggi, B. (Ed), *Manière de penser, manière d'agir en éducation et en formation*. Paris : PUF, 2000, p. 33-68

Barbier, J-M. Galatanu, O. La singularité des actions : quelques outils d'analyse. In : Barbier, J-M. (Ed), *L'analyse de la singularité de l'action*. Paris : PUF, 2000, p. 13-51

Barbier, J-M. Galatanu, O. De quelques liens entre action, affects et transformation de soi. In : Barbier, J-M. Galatanu, O. (Eds), *Action, affects et transformation de soi*. Paris : PUF, 1998, p. 45-70

Bardin, L. *L'analyse de contenu*, Paris, P.U.F. 2007, 291 p.

Barwise, J. *Situations and attitudes*. Standford : CSLI Publications, 1999, 352 p.

Borzeix, A. Le travail et sa sociologie à l'épreuve du langage. In : Borzeix, A. Fraenkel, B. (Eds), *Langage et travail, communication, cognition, action*. Paris : CNRS Éditions, 2005, p. 55-87.

Borzeix, A. La parole en sociologie du travail. In Boutet, J. (Ed), *Paroles au travail*. Paris : L'harmattan, 1995, p. 225-245

Boucheix, J-M. L'activité d'accueil. Orientation courtoise ou activité collaborative de résolution de problème. In : Cerf, M. Falzon, P. (Eds), *Situations de service : travailler dans l'interaction*. Paris : PUF, 2005, p. 87-111

Bourdieu, P. Chamboredon, J-C. Passeron, J-C. *Le métier de sociologue*. Berlin : Mouton de Gruyter, 2005, 359 p.

Bourdieu, P. *Questions de sociologie*. Paris : Les éditions de minuit, 2002, 277 p.

Bres, J. Savoir de quoi on parle : dialogue, dialogal, dialogique ; dialogisme, polyphonie... In : Bres, J. (Ed), *Dialogisme et polyphonie*. Bruxelles : De Boeck, 2005, p. 47-61

Bronckart, J.-P. Bulea, E. La dynamique de l'agir dans la dynamique des discours. In : Barbier, J-M. Durand, M. (Eds), *Sujet, activité, environnement : approches transverses*. Paris : PUF, 2006, p. 105-134

Bruner, J. *L'éducation, entrée dans la culture. Les problèmes de l'école à la lumière de la psychologie culturelle*, Paris : Retz, 2008, 256 p.

Bruner, J. *Le développement de l'enfant. Savoir faire, Savoir dire*. Paris : PUF, 1998, 320 p.

Buzzi, S. Devinck, J-C. Rosental, P-A. *La santé au travail - 1880-2006*. Paris : La Découverte, 2006, 123 p.

Cahour, B. Lancry A. Émotions et activités professionnelles et quotidiennes. *Le travail humain*, 2011/2, Vol. 74, p. 97-106

Caroly, S. Coutarel, F. Escriva, E. Roquelaure, Y. Schweitzer J.M. Daniellou, F. (Eds), *La prévention durable des TMS : Quels freins ? Quels leviers d'action ?* Rapport d'étude pour la Direction Générale du Travail, 2008

Cerf, M. Falzon, P. *Situations de service : travailler dans l'interaction*. Paris : PUF, 2005, 250 p.

Chabrol, C. Bromberg, M. Préalables à une classification des actes de parole, *Psychologie française*, 1999, 44/4, p. 291-306

Champy-Remoussenard, P. Incontournable professionnalisation. *Savoirs*, 2008/2, n° 17, p. 51-61

Champy-Remoussenard, P. Les théories de l'activité entre travail et formation. *Savoirs*, 2005/2, n° 8, p. 9-50

Chareaudeau, P. La conversation entre le situationnel et le linguistique. *Connexions*, 1989, n° 53, p. 9-22

Clot, Y. *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF, 2008, 296 p.

Clot, Y. Clinique du travail et clinique de l'activité, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2006/1, p. 165-177

Clot, Y. Clinique du travail et problème de la conscience. *Travailler*, 2001/2, n° 6, p. 31-54

Clot Y. Faïta D. Genres et styles en analyse du travail, concept et méthode. *Travailler*, 2000/4, p. 7-42

Clot Y. *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF, 1999, 234 p.

Clot, Y, *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. Paris : La Découverte, 1995, 275 p.

Conso, F. Frimat, P. *Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail*. Inspection générale des affaires sociales. 2007

Cosnier, J. *Psychologie des émotions et des sentiments*, Paris : Retz, 1994, 175 p.

Cosnier, J. Les interactions en milieu soignant. In : Cosnier, J. Grosjean, M. Lacoste, M. (Eds), Soins et communication, Approches interactionnistes des relations de soins. Lyon : PUL, 1993, p. 17-32

Daval, R. Le pragmatisme américain . Charles Sanders Peirce (1839-1914), William James (1842-1910), John Dewey (1859-1952), George Herbert Mead (1863-1931). In : Caillé, A. Lazzeri, C. Senellart, M. (Eds), *Histoire raisonnée de la philosophie morale et politique*. Le bonheur et l'utile. Paris : La Découverte, 2001, p. 640-648

Davezies, P. L'aptitude médicale dans le système français d'aptitude de santé au travail : origine, interrogations et débats. *Médecine du travail & ergonomie*, 2007, Vol. 44, p. 73-82

Davezies, P. Deveaux, A. Torres, C. Repères pour une clinique médicale du travail, *Archives des Maladies Professionnelles et de l'environnement*, 2006, 67, p. 119-125

De la Garza, C. Weill-Fassina, A. Régulations horizontales et verticales du risque. In Weill-Fassina, A. Benckroun, T.-H. (Eds), *Le travail collectif : perspectives actuelles en ergonomie*, Toulouse : Octarès, 2000, p. 217-234

Dellarcherie, C. Frimat, P. Leclerq, G. *La santé au travail, vision nouvelle et professions d'avenir*. Rapport remis aux Ministre du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Ministre de la Santé et des Sports, 2010

De Montmollin, R. *L'intelligence de la tâche. Éléments d'ergonomie cognitive*. Berne : Peter Lang Verlag, 1991, 183 p.

Desoille, H. *La médecine du travail*. Paris : PUF, 1979, 128 p.

Devereux, G. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Aubier, 1980, 474 p.

Dewey, J. *L'art comme expérience*. Paris : Gallimard, 2010, 596 p.

Dewey, J. *Logique, la théorie de l'enquête*. Paris : PUF, 2006, 693 p.

Dewey, J. *Comment nous pensons ?* Paris : Le Seuil, Les empêcheurs de tourner en rond, 2004, 293 p.

Dewey, J. *Expérience et éducation*. Paris : Armand Collin, 1968, 147 p.

Dewey, J. *Human Nature and Conduct*. New York : The modern Library, 1922, 930 p.

Dodier, N. *L'expertise médicale, essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris : Metailié, 1993, 367 p.

Dubar, C. Tripier, P. *La sociologie des professions*, Paris : Armand Colin, 2005, 256 p.

Fabre, M. *Philosophie et pédagogie du problème*. Paris : Vrin, 2009, 288 p.

Fabre, M. Qu'est-ce que problématiser ? L'apport de John Dewey. In : Fabre, M. Vellas, E. (Ed), *Perspectives en éducation et formation*. Bruxelles : De Boeck, 2006, p.16-30.

Fabre, M. *Situations-problèmes et savoir scolaire*. Paris : PUF, 1999, 239 p.

Faingold, N. Explication, décryptage du sens, enjeux identitaires, *Éducation Permanente*, 2004-3, n°160, p. 81-99

Fernandez, G. *Soigner le travail : Itinéraires d'un médecin du travail*. Toulouse : Ères, 2009, 264 p.

Fontaney, L. L'intonation et la régulation de l'interaction. In : Cosnier, J. Kerbrat-Orecchioni, C. (Eds), *Décrire la conversation*. Lyon : PUL, 1987, p. 225-267

Foucault, M. *Naissance de la clinique*. Paris : PUF, 1993, 214 p.

Gadamer, H-S. *La philosophie herméneutique*. Paris : PUF, 1996, 264 p.

Galperine, P-I. Essai sur la formation par étapes des actions et des concepts. In : Leontiev, A. Luria, A. Spirnov, A. (Eds), *Recherches psychologiques en Urss*. Moscou : les Éditions du progrès, 1966, p. 168-183

Garreta, G. Une régularité sans répétition ? L'habitude comme schème dynamique. In : Chauviré, C. Ogien, A. (Eds), *La régularité. Habitude, disposition et savoir-faire dans l'explication de l'action*. Paris : éditions de l'EHESS, 2002, n°13, p. 137-160

Garreta, G. Situation et objectivité. Activité et émergence des objets dans le pragmatisme de Dewey et Mead. In : De Fornel, M. Quéré, L. (Eds), *La logique des situations, nouveaux regards sur l'écologie des activités sociales*. Paris : éditions de l'EHESS, 1999, p. 35-68

Goffman, E. *Les cadres de l'expérience*. Paris : Éditions de minuit, 1991, 576 p.

Goffman, E. *Les rites d'interaction*. Paris : Minuit, 1974, 230 p.

Hoc, J-M. Amalberti R. Diagnostic et prise de décision dans les situations dynamiques, *Psychologie Française*, 1994, 39-2, p.177-192

Hugues, E. C. *Le regard sociologique, Essais choisis*. Paris : Éditions de l'EHESS, 1996, 344 p.

Jackson, F, Pettit, P. Pour l'œcuménisme explicatif. In : Quéré, L. (Ed), *La théorie de l'action, Le sujet pratique en débat*. Paris : CNRS, 1993, p. 23-52,

James, W. *Philosophie de l'expérience*. Paris : Seuil, Les empêcheurs de penser en rond, 2007, 234 p.

Jodelet, D. Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales. In : Haas, V. (Ed), *Les savoirs du quotidien. Transmissions, appropriations, représentations*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2006, p. 235-255

Julien, F. *Les transformations silencieuses*. Paris : Editions Grasset & Fasquelle, 2009, 156 p.

Kerbrat-Orecchioni, C. *Les interactions verbales*. Paris : Armand Colin, 2006, 318 p.

Kaufmann, J-C. *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin, 1998, 128 p.

Lacoste, M. Peut-on travailler sans communiquer ? In : Borzeix, A. Fraenkel, B. (Eds), *Langage et travail, communication, cognition, action*. Paris : CNRS Éditions, 2005, p 21-53

Lacoste, M. Parole, activité, situation. In : Boutet, J. (Ed), *Paroles au travail*. Paris : L'harmattan, 1995, p. 23-44

Lagache, D. *L'unité de la psychologie : psychologie expérimentale et clinique*. Paris : PUF, 1983, 75 p.

Lalande, A. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris : PUF, 2006, 1323 p.

Laplantine, F. *Le social et le sensible introduction à une anthropologie modale*. Téraèdre, 2005, 220 p.

Laplantine, F. *La description ethnographique*. Paris : Armand Colin. 1996. 128 p.

Leplat, J. Éléments pour l'étude des documents prescripteurs, *Activités*, 2004, Vol. 1, n° 2, Octobre, p. 195-216

Leplat, J. *Regards sur l'activité en situation de travail, Contribution à la psychologie ergonomique*. Paris : PUF, 1997, 263 p.

Mathieu-Fritz, A. Bercot, R. *Le prestige des professions et ses failles*. Paris : Hermann, 2008, 313 p.

Mayen, P. Vanhulle, S. *Quels repères de développement dans les situations de travail ?* Bruxelles : De Boeck, 2010, p. 225-236

Mayen P. Expérience et formation des adultes. In : Barbier, J-M. Bourgeois, E. Chapelle, G. Ruano-Borbalan, J-C. (Eds), *Encyclopédie de la formation*. Paris : PUF, 2009, p. 763-780

Mayen, P. Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre. *Recherche et en éducation*, 2007, n° 4, p. 51-64

Mayen P. Travail de relation de service, compétences et formation. In : Cerf, M. Falzon, P. (Eds), *Situations de service : travailler dans l'interaction*. Paris : PUF, 2005, p. 61-86

Mayen P. Le rôle des autres dans le développement de l'expérience, *Éducation permanente*, 2002/2, n°151, p. 87-107

Mayen, P. Formation et prescription : une réflexion de didactique professionnelle. In : *Nouvelles formes de travail, nouvelles formes d'analyse*, SELF, 37e congrès, Aix en Provence, 2002, p. 226-232

Mayen, P. *Développement professionnel et formation : une théorie didactique*. Habilitation à Diriger des Recherches, Université Pierre Mendès-France, Grenoble. 2001

Mayen, P. Des situations potentielles de développement, *Éducation permanente*, 1999, n°139, p. 65-86

Mayen, P. *Compétences pragmatiques en situation de communication professionnelle. Une approche de didactique professionnelle*, Thèse de doctorat, Université Paris V. 1997

Mead, G. H. *The Philosophy of the Present*. Chicago : Open Court Publishing, 1932, 200 p.

Merleau-Ponty, M. *Le visible et l'invisible*, Paris : Gallimard, 1979, 360 p.

Mias, A. *Les risques professionnels, peut-on soigner le travail ?* Paris : Ellipses, 2010, 191 p.

Pastré, P. *La didactique professionnelle, Approche anthropologique du développement des adultes*. Paris : PUF, 2011, 352 p.

Pastré P. Apprendre à faire. In : Bourgeois, E. Chapelle, G. (Eds). *Apprendre et faire apprendre*. Paris : PUF, 2006, p. 109-121

Pastré, P. Apprendre par la résolution de problème : le rôle de la simulation. In : Pastré, P. (Ed), *Apprendre par la simulation, de l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*, Toulouse : Octarès, 2005, p. 17-40

Poyet, C. Les modes de dialogue homme-robot : aides ou obstacles aux représentations du mouvement. In : Weill-Fassin A. Rabardel P. Dubois D. (Eds), *Représentations pour l'action*. Toulouse : Octarès, 1993, 352 p.

Piotet, F. *La révolution des métiers*. Paris : PUF, 2002, 362 p.

Prot B. Apprentissage de la conduite et sécurité routière : Un dilemme de référence pour la conception d'un référentiel de diplôme d'enseignant, *Activités*, 2011, Vol. 8, n°2, p. 189-201[consulté le 20 avril 2011 : www.activites.org/v8n2/prot.pdf].

Quivy, R. Campenhoudt, L-V. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod, 1995, 287 p.

Rabardel, P. Instrument, activité et développement du pouvoir d'agir. In : Lorino, P. Theulier, R. (Eds), *Activité, Connaissance, Organisation*, 2005, p. 251-264

Rabardel, P. Représentations dans des situations d'activités instrumentées. In Weil-Fassina, A. Rabardel, A. Dubois, P. (Eds), *Représentations pour l'action*. Toulouse : Octarès, 1993, p. 97-111

Reuchlin, M. *Les méthodes en psychologie*. Paris : PUF, 2004, 128 p.

Richard, J-F. Les activités de diagnostic. In Richard, J-F. Bonnet, C. Ghiglione, R. (Eds), *Traité de psychologie cognitive 2 Le traitement de l'information symbolique*. Paris : Dunod, 1990, p. 158-165

Ricoeur, P. *Temps et récit. Tome 1. L'intrigue et le récit historique*. Paris : Éditions du seuil, 1983, 404 p.

Sartin, G. La médecine du travail atteint ses cinquante ans, *Les échos*, 18 décembre 1996

Savoyant, A. L'activité en situation de simulation : objet d'analyse et moyen de développement. In : Pastré, P. (Ed), *Apprendre par la simulation, de l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*. Toulouse : Octarès, 2005, p. 41-54

Savoyant, A. Guidage de l'activité et développement des compétences dans une entreprise d'insertion, *Éducation permanente*, 1995, n°123, p. 91-99

Savoyant, A. Conditions et moyens de la coordination interindividuelle d'opérations d'éducation sensorimotrice, *Le travail humain*, 1985, 48, 1, p. 49-79

Savoyant, A. Éléments d'un cadre d'analyse de l'activité : quelque concepts essentiels de la psychologie soviétique, *Cahiers de psychologie*, 1979, n°22, 1-2, p. 17-25

Schütz, A. *Le chercheur et le quotidien. Phénoménologie des sciences sociales*. Paris : Méridiens-Klincksieck, 2007, 286 p.

Sicart, D. Les médecins. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, Document de travail- Série Statistiques, n°152, 2011[consulté le 20 avril 2011 : www.santé.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat152.pdf].

Strauss, A. L. *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*. Paris : L'Harmattan, 1992, 311 p.

Suchman, L. A. *Plans and situated actions : The problem of human-machine communication*. Cambridge : Cambridge University Press, 1987, 203 p.

Thao, T-D. La méthode phénoménologique et son contenu effectivement réel - La dialectique du mouvement réel. In : Thao, T-D. *La méthode phénoménologique et son contenu effectivement réel*. New York : Gordon & Breach, 1971, 368 p.

Van der Maren, J-M. *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Bruxelles : De Boeck, 2004, 502 p.

Vermersch, P. *L'entretien d'explicitation*. Paris : ESF, 2006, 221 p.

Vygotski, L. *Pensée et langage*. Paris : La Dispute, 1997, 538 p.

Weill-Fassina, A. Dynamique des représentations et gestion des actions. In Weill-Fassina, A. Rabardel, P. Dubois, D. (Eds), *Représentations pour l'action*. Toulouse: Octarès. 1993, p. 237-245

Winnicott, D W. *Jeu et réalité*. Paris : Folio, 1971, 276 p.

Wittorski, R. La professionnalisation, *Savoirs*, 2008/2, n° 17, p. 9-36

Wittorski R. *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris : L'Harmattan, 2007, 188 p.

Wittorski, R. Entre travail et formation : la professionnalisation. Habilitation à diriger des recherches. Sciences de l'éducation. Formation des adultes. 2005.

Zeitler, A. *Les apprentissages interprétatifs, Interprétation en action et construction de l'expérience*. Paris : L'Harmattan, 2011, 278 p.

Zeitler A. Émergence de types et construction de forme signifiante pour l'action chez un enseignant débutant, *Recherche et Formation*, 2003, n°42, p. 51-62

Joris THIEVENAZ

Construction de l'expérience et transformation silencieuse des habitudes d'orientation de l'action

Le cas de l'activité dialogale du médecin du travail

Résumé

À travers une entrée par l'activité, cette recherche se donne pour objet la compréhension des processus à travers lesquels le sujet construit son expérience en réélaborant ses « habitudes d'activités ». L'analyse de l'activité de plusieurs médecins du travail lors de consultations avec les salariés des entreprises dont ils assurent le suivi, nous permet de réaliser l'hypothèse selon laquelle le dialogue qui s'y déroule constitue pour ces acteurs un moyen privilégié de conduire leur action de prévention, mais également d'apprendre au contact d'autrui. En mobilisant la théorie de « l'enquête » de J. Dewey, nous montrons comment ces médecins sont susceptibles de transformer les habitudes qui orientent leur action, lorsqu'ils sont confrontés à une situation insuffisamment déterminée. Nous pensons que ces transformations qui se réalisent dans et par l'action, constituent au fil du temps, une des voies privilégiées du « travail de l'expérience » du sujet en situation professionnelle.

Mots-clés : Activité, Expérience, Apprentissage, Enquête, Habitudes d'activités

Résumé en anglais

By focusing on the activity, this research aims to understand the process through which the subject constructs his experience by re-developing his "activity habits". By analyzing the activities of a number of occupational health physicians during their consultations with patients (who are business employees), we may hypothesize that the dialogue which unfolds between the physicians and the patients is a means for physicians to take preventative action and to connect with others. By mobilising J. Dewey's theory of the "inquiry", we show how these physicians may transform the habits that orient their action when they are confronted with a situation that is insufficiently determined. We think that these transformations take place in and through actions, constituting over time, a privileged means of experiencing his own activities in professional situations.

Keywords : Activity, Experience, Learning process, Inquiry, Acting habits