



HAL
open science

**La place du travail dans l'activité des ergothérapeutes :
des dilemmes de métier : le cas d'un " atelier geste
professionnel " dans un programme multidisciplinaire de
rééducation**

Vincent Guêné

► **To cite this version:**

Vincent Guêné. La place du travail dans l'activité des ergothérapeutes : des dilemmes de métier : le cas d'un " atelier geste professionnel " dans un programme multidisciplinaire de rééducation. Médecine humaine et pathologie. Université d'Angers, 2018. Français. NNT : 2018ANGE0044 . tel-02191500

HAL Id: tel-02191500

<https://theses.hal.science/tel-02191500v1>

Submitted on 23 Jul 2019

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.

THESE DE DOCTORAT DE

L'UNIVERSITE D'ANGERS

COMUE UNIVERSITE BRETAGNE LOIRE

ECOLE DOCTORALE N° 605

Biologie Santé

Spécialité : Ergonomie

Par

Vincent GUÊNÉ

La place du travail dans l'activité des ergothérapeutes : des dilemmes de métier

Le cas d'un « atelier geste professionnel » dans un programme multidisciplinaire de rééducation

Thèse présentée et soutenue à Angers, le 27 novembre 2018

Unité de recherche : Irset – Inserm UMR 1085 – Equipe d'Epidémiologie en Santé au Travail et Ergonomie (Ester)

Thèse N : 79670

Rapporteurs avant soutenance :

Flore BARCELLINI Professeur, Cnam Paris
Philippe MAIRIAUX Professeur, Université de Liège

Composition du Jury :

Présidente du jury Sandrine CAROLY	Professeur, Université Grenoble Alpes
Flore BARCELLINI Philippe MAIRIAUX Audrey PETIT	Professeur, Cnam Paris Professeur, Université de Liège Professeur, Université d'Angers
Directeur de thèse Yves ROQUELAURE Co-directeur de thèse Jean Luc TOMÁS	Professeur, Université d'Angers Maître de conférences, Cnam Paris

Titre : La place du travail dans l'activité des ergothérapeutes : des dilemmes de métier
Le cas d'un « atelier geste professionnel » dans un programme multidisciplinaire de rééducation

Mots clés : clinique de l'activité, dilemme de métier, ergothérapeute, modèle biopsychosocial, rééducation, restauration fonctionnelle, travail

Résumé : Ce travail de thèse trouve son origine dans une intervention menée auprès du collectif d'ergothérapeutes du centre de rééducation François Gallouedec. Il prend pour objet les dilemmes de métier de ces professionnels lorsqu'ils sont confrontés à la question du travail des patients. L'intervention s'est déployée en suivant une méthodologie développementale propre à la clinique de l'activité. Elle a permis aux ergothérapeutes de prendre pour objet d'analyse leur propre travail lors de programmes de restauration fonctionnelle. La littérature sur ces programmes confirme le choix de s'intéresser aux ergothérapeutes comme principaux destinataires des questions professionnelles des patients. Cependant, les recherches dans le domaine tendent à éluder la question du travail des professionnels de santé et à résumer celui des patients au simple retour à l'emploi.

C'est justement pourquoi il nous a semblé intéressant de renverser la question en nous intéressant au travail de ceux qui s'intéressent au travail. Nous avons émis l'hypothèse que ce point difficile confrontait les ergothérapeutes du centre François Gallouedec à des dilemmes de métier notamment lors de la réalisation d'un « atelier geste professionnel ».

Les résultats de cette recherche montrent toute l'importance de s'intéresser au travail des professionnels de santé, ce qui est fait mais aussi ce qui n'est pas fait ou ce qu'on aurait voulu faire, pour le développement des modèles de prise en charge des patients. Le réel du travail des rééducateurs peut ainsi devenir une ressource dans la mise en place de programmes de rééducation qui souhaitent s'intéresser à la question du travail du patient.

Title : The place of work in the activity of occupational therapists: job dilemmas
The case of a "professional gesture workshop" in a multidisciplinary rehabilitation program

Keywords : clinical activity, job dilemmas, occupational therapist, biopsychosocial model, rehabilitation, functional restoration, work

Abstract : This thesis work originated in an intervention conducted with the collective of occupational therapists of the rehabilitation center François Gallouedec. It focuses on the job dilemmas of these professionals when confronted with the issue of patient's work.

The intervention was deployed following a developmental methodology specific to the clinic of the activity. It allowed occupational therapists to take their own work as an object of analysis during functional restoration programs.

The literature on these programs confirms the choice to focus on occupational therapists as the primary addressee for patients' professional issues. However, research in the field tends to evade the question of the work of health professionals and to summarize that of patients simply returning to employment.

This is why we felt it necessary to focus on the work of those who are interested in work. We hypothesized that this difficult point confronted the occupational therapists of the François Gallouedec center with job dilemmas, particularly during the realization of a "professional gesture workshop".

The results of this research show the importance of taking an interest in the work of health professionals, which is done but also what is not done or what we would have liked to do, for the development of models of patient care. The real work of the reeducators can thus become a resource in the implementation of rehabilitation programs that wish to be interested in the question of the work of the patient.

L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble des membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont accordé à cette thèse.

Au Pr Yves Roquelaure, merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ma thèse, merci de m'avoir accueilli au sein du laboratoire et pour toutes les remarques, à chaque fois très justes, ayant permis de faire avancer l'ensemble du travail de recherche.

A Jean-Luc Tomás, merci d'avoir co-encadré ma thèse. Merci pour le temps considérable passé à lire et relire mes écrits et pour toutes les remarques m'ayant parfois poussé dans mes retranchements, mais m'ayant toujours permis d'être plus précis et d'aller plus loin dans ma réflexion.

Aux Pr Philippe Mairiaux et Flore Barcellini, merci d'avoir accepté d'être rapporteurs de cette thèse.

Aux Pr Sandrine Caroly et Audrey Petit, merci d'avoir accepté d'être examinateurs de cette thèse.

Au Dr Michel Ritz, dont le soutien a permis à ce projet de voir le jour.

A l'ensemble du personnel du centre François Gallouedec, et tout particulièrement aux ergothérapeutes pour la qualité de leur accueil et l'engagement qu'ils ont mis dans l'intervention menée avec eux.

A l'ensemble des membres d'Ester et du séminaire GAM pour leur soutien et leurs remarques, parfois sans concessions, mais toujours empreintes de bienveillance.

A Valérie Fierens, merci pour les encouragements et le soutien logistique sans faille.

A mes relectrices fidèles, collègues et amies, Anne, Mathilde et Carine pour le décryptage de ce que je voulais dire sans toujours parvenir à le faire.

Un merci tout particulier à Marie pour l'astuce venue du Kazakhstan.

A ma famille et mes amis, pour avoir accepté mes absences et mon manque de disponibilité.

A Gaëlle, merci pour ton soutien, ton aide et surtout ta patience tout au long de ces années qui m'ont permis de mener cette thèse jusqu'à la fin. Sans toi, rien n'aurait été possible.

Et merci à tous ceux que j'aurais pu oublier mais qui ont contribué de près ou de loin à ce travail, certes personnel, mais dont l'œuvre est collective même si je serais le seul responsable des propos tenus dans cette thèse.

Table des matières

RESUME.....	3
REMERCIEMENTS	5
TABLE DES MATIERES.....	6
LISTE DES ABREVIATIONS.....	9
NORMES BIBLIOGRAPHIQUES EMPLOYEES	10
LISTE DES PRINCIPAUX ACTEURS DE L'INTERVENTION.....	11
INTRODUCTION.....	12
PREMIERE PARTIE - PROGRAMMES MULTIDISCIPLINAIRES, REEDUCATION DES TROUBLES MUSCULO SQUELETTIQUES CHRONIQUES ET TRAVAIL	17
1. Les enjeux des programmes multidisciplinaires dans la prise en charge rééducative des Troubles Musculo Squelettiques chroniques	18
1.1. Troubles Musculo Squelettiques : des dénominations multiples pour de multiples dimensions à prendre en considération	18
1.2. Programmes multidisciplinaires : indications de prises en charge	19
1.3. Un enjeu quantitatif : le « coût » du travail et le « coût » du retour à l'emploi	21
2. L'apport du modèle biopsychosocial de la santé d'Engel dans la prise en charge des maladies chroniques	23
2.1. Une nécessaire prise en compte scientifique des dimensions psychosociales : redéfinition de la maladie, de la place du patient et du rôle du médecin	24
2.1.1. Entre un renoncement à l'humain ou un renoncement à la démarche scientifique : le modèle biopsychosocial comme troisième voie.....	24
2.1.2. La double critique du modèle biomédical : réductionnisme et dualisme corps/esprit	25
2.1.3. Les pré-requis pour un nouveau modèle médical de la santé et de la maladie	26
2.1.4. Une redéfinition de la maladie, de la place du patient et de la pratique du médecin	27
2.2. Un modèle systémique en niveaux hiérarchiques intégratifs	30
2.2.1. Contre le réductionnisme biologique : un modèle systémique en niveaux de plus en plus complexes.....	30
2.2.2. Pour résoudre le dualisme corps/esprit : une approche intégrative des systèmes.....	32
3. Le modèle de la restauration fonctionnelle de Mayer et Gatchel : une référence importante pour les programmes multidisciplinaire.....	35
3.1. Une vision objective de la lombalgie chronique : la place déterminante de la quantification.....	37
3.2. Le syndrome de déconditionnement : une baisse des performances physiques modulée par des facteurs psychosociaux	40
3.3. Le rapport entre travail et Évaluation des Capacités Fonctionnelles : l'exemple du port de charge.....	44
3.3.1. Le port de charge : une tâche courante de la vie quotidienne	44
3.3.2. Le port de charge comme paradigme fonctionnel des tâches mobilisant le dos	46
4. Le travail comme point aveugle des programmes multidisciplinaires	50
4.1. La « tentation du patient ».....	50
4.2. Le travail des professionnels de santé, la « boîte noire » des programmes multidisciplinaires	51
DEUXIEME PARTIE - L'INTERVENTION AU CENTRE FRANÇOIS GALLOUEDEC : UNE INTERVENTION SUR LE TRAVAIL DES ERGOTHERAPEUTES S'INTERESSANT AU TRAVAIL DU PATIENT	53
1. Le cadre théorique de l'intervention : questions de méthodologie et de méthode	54
1.1. Quels rapports entre l'intervention et la recherche ?.....	54
1.2. Une méthodologie développementale : activité, métier et pouvoir d'agir	57

1.2.1.	L'activité dans une perspective historico-culturelle	57
1.2.2.	Une architecture du métier en quatre instances	59
1.2.3.	Les liens entre activité, métier et pouvoir d'agir	59
1.3.	Dispositif méthodologique et méthode des autoconfrontations	61
1.3.1.	Un dispositif méthodologique en quatre phases	61
1.3.2.	La méthode des autoconfrontations	63
2.	Le contexte de l'intervention : le centre François Gallouedec et ses programmes multidisciplinaires ciblant les TMS	68
2.1.	Le centre François Gallouedec : organisation générale	68
2.2.	Le programme de Restauration Fonctionnelle du Rachis	70
2.3.	Le programme « Santé Travail Membre Supérieur »	72
2.3.1.	STMS : un dispositif global de réadaptation au travail	72
2.3.2.	La partie rééducative : le programme STMS	74
2.3.3.	Une spécificité du programme STMS : l'atelier geste professionnel	75
3.	L'intervention au centre François Gallouedec	79
3.1.	La genèse de l'intervention : d'un projet de recherche à une intervention de terrain	79
3.1.1.	A l'origine : le ré-adressage d'une question	79
3.1.2.	Pour commencer l'intervention : la résonance entre la question d'un chercheur et une énigme de métier	81
3.1.3.	Dispositif et calendrier de l'intervention	83
3.2.	Des observations au bilan final	86
3.2.1.	La phase d'observation : des tâches très diverses	86
3.2.2.	Le déroulement des autoconfrontations	92
3.2.3.	Le groupe de travail : la construction de la demande, un dévoilement tardif	94
3.2.4.	Comité de pilotage et bilan final	98
4.	Des résultats de l'intervention à la problématique de recherche : les dilemmes de métier des ergothérapeutes lors d'une tâche de mise en situation professionnelle	99
4.1.	Travail, emploi et activité : des distinctions parfois difficiles	99
4.2.	Peu de tâches dédiées au travail du patient, mais une réémergence de la question tout au long des prises en charge en ergothérapie	101
4.3.	Premières co-analyses et premiers résultats de l'intervention	102
4.3.1.	« c'est un atelier geste professionnel et pas réentraînement professionnel, enfin je ne sais pas »	102
4.3.2.	« On a besoin de matière »	104
4.3.3.	« Ça c'est pas comme ça »	104
4.4.	L'émergence d'une problématique de recherche autour des dilemmes de métier	107
TROISIEME PARTIE - LES DILEMMES DE METIER DES ERGOTHERAPEUTES DANS UNE TACHE DE MISE EN SITUATION PROFESSIONNELLE		109
1.	Du concept de dilemme à l'analyse des objets de discours et de débat	110
1.1.	Le concept de dilemme de métier	110
1.1.1.	Contradiction, conflictualité et dilemme	110
1.1.2.	L'exemple d'un dilemme dans l'apprentissage de la conduite automobile : entre sécurité et pédagogie ...	112
1.1.3.	Caractéristiques d'un dilemme de métier	114
1.2.	Les méthodes d'analyse des matériaux langagiers	115
1.2.1.	Constitution et transformation des objets de discours : les marqueurs d'un développement de l'activité d'analyse	116
1.2.2.	Objet de discours et objet du débat	118
2.	Le corpus et son analyse	120
2.1.	Analyse du premier extrait d'autoconfrontation croisée : « entraînement et réentraînement »	121
2.1.1.	L'extrait du dialogue	121
2.1.2.	La construction et la transformation d'un objet de discours « c'est une phase d'entraînement »	123
2.1.3.	Un premier dilemme autour du changement : réentraîner des capacités physiques ou entraîner un nouveau geste professionnel	126

2.2.	Analyse du second extrait d'autoconfrontation croisée : « le poing serré ».....	130
2.2.1.	L'extrait du dialogue	130
2.2.2.	La construction et la transformation d'un objet de discours « la position de fonction »	136
2.2.3.	Un second dilemme autour de l'utilité : analyser un problème biomécanique ou aider la personne pour qu'elle puisse réaliser son travail.....	141
2.3.	Analyse du troisième extrait d'autoconfrontation croisée : « ce n'est pas un cheval »	143
2.3.1.	L'extrait du dialogue	144
2.3.2.	La construction et la transformation d'un objet de discours « je ne suis pas allée le chercher »	147
2.3.3.	Un troisième dilemme autour du réalisme : organiser un exercice ou mettre en place une mise en situation professionnelle	150
3.	Résultats de la recherche : les dilemmes de métier lors d'un atelier geste professionnel	153
3.1.	Trois dilemmes de métier significatifs pour des ergothérapeutes lors d'un atelier geste professionnel	153
3.2.	Développement de l'analyse sur le travail au cours des autoconfrontations et variations entre les registres de métier	160
QUATRIEME PARTIE - DISCUSSION : LA BOITE NOIRE, LES DILEMMES DE METIER, REFLEXIONS THEORIQUES ET IMPLICATIONS METHODOLOGIQUES		163
1.	Boite noire et dilemmes de métier	164
2.	Une conception du changement chez le patient ou pour le patient.....	166
2.1.	Le changement dans le modèle biopsychosocial d'Engel	166
2.2.	Le changement dans le modèle de la restauration fonctionnelle.....	167
2.3.	Une autre conception du changement possible : la surcompensation	169
3.	La fonction du social comme contexte ou comme ressource	172
3.1.	Différence de fonction entre le biologique et le social dans le modèle biopsychosocial d'Engel.....	172
3.2.	Du social comme résultat au concept de psychosocial dans le modèle de la restauration fonctionnelle	173
3.3.	Le social, une ressource possible ?.....	177
4.	Le geste professionnel comme résultat d'une capacité fonctionnelle ou comme instrument de l'activité	179
4.1.	Le geste professionnel comme expression d'une capacité fonctionnelle.....	179
4.2.	Le geste professionnel comme instrument de l'activité	181
5.	L'importance de s'intéresser au travail de ceux qui se préoccupent du travail des patients	184
CONCLUSION.....		188
BIBLIOGRAPHIE.....		194
TABLE DES FIGURES		219
TABLE DES TABLEAUX.....		221
TABLE DES EXTRAITS.....		222
ANNEXES.....		223
ANNEXES VIDEOS		231

Liste des abréviations

ACC : Autoconfrontation croisée

ACS : Autoconfrontation simple

APA : Activité Physique Adaptée

AVD : Activité de Vie Domestique

AVQ : Activité de Vie Quotidienne

Cnam : Conservatoire National des Arts et Métiers

CRTD : Centre de Recherche sur le Travail et le Développement

CSARR : Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et Réadaptation

DDS : Distance Doigt Sol

DOT : Dictionary of Occupational Titles

ECF : Evaluation des Capacités Fonctionnelles

ECT : Evaluation des Capacités de Travail

Ester : Épidémiologie en Santé au Travail et Ergonomie

HC : Hospitalisation Complète

HDJ : Hospitalisation De Jour

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

PILE : Progressive Isoinertial Lifting Test

PPH : Processus de Production du Handicap

PREVICAP : PREvention des situations de HandICAP au travail

PRIDE : Productive Rehabilitation Institute of Dallas for Ergonomics

RFR : Restauration Fonctionnelle du Rachis

ROME : Répertoire Opérationnel des Métiers et Emplois

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

STMS : Santé Travail Membre Supérieur

TMS : Trouble Musculo Squelettique

Normes bibliographiques employées

Les références bibliographiques qui seront employés tout au long de ce travail de thèse respecteront les normes APA (American Psychological Association) 6^{ème} édition.

La seule exception concerne l'utilisation de la locution latine Ibid. afin d'alléger la lecture.

Liste des principaux acteurs de l'intervention

L'analyse des matériaux issus de l'intervention mettra essentiellement en scène deux ergothérapeutes en charge de l'atelier « geste professionnel » se déroulant au sein du programme Santé Travail Membre Supérieur (STMS) du centre François Gallouedec. Pour ne pas alourdir inutilement la lecture nous ne ferons plus apparaître les guillemets encadrant « geste professionnel » dans la suite de ce document. Les noms des deux ergothérapeutes réalisant l'atelier geste professionnel revenant très fréquemment, et toujours pour faciliter la lecture, nous avons choisi d'utiliser des prénoms fictifs pour ces deux personnes :

- Claire, ergothérapeute en Hôpital De Jour (HDJ)
- Marie, ergothérapeute en HDJ

Les autres ergothérapeutes du centre François Gallouedec ayant participé à l'intervention :

- Ar., ergothérapeute en HDJ
- Me., ergothérapeute en HDJ
- A., ergothérapeute en Hospitalisation Complète (HC)
- S., ergothérapeute en HC
- F., ergothérapeute en HC
- Mt., ergothérapeute en HC
- Md., ergothérapeute en HC

Nous utiliserons le terme « ergothérapeute(s) » comme un nom masculin quand il désigne la profession ou quand l'ensemble des ergothérapeutes du centre François Gallouedec est visé. « Ergothérapeute(s) » sera considérée comme un nom féminin quand il désignera spécifiquement des ergothérapeutes de sexe féminin (ex. Claire et Marie).

Les autres protagonistes de l'intervention :

- Dr B., médecin responsable du programme STMS
- Dr P., médecin référent du réseau « Lombaction » et membre de l'équipe d'Épidémiologie en Santé au Travail et Ergonomie (Ester)
- Cadre de santé HDJ, kinésithérapeute de formation
- Cadre de santé HC, ergothérapeute de formation
- Directeur du centre François Gallouedec

L'ensemble des acteurs présents sur les photos et les vidéos (annexes vidéos) de cette thèse, professionnels et patients, ont signé une autorisation d'exploitation du droit à l'image.

Introduction

La recherche présentée dans cette thèse prend pour objet les dilemmes de métier des ergothérapeutes lorsqu'ils sont confrontés à la question du travail des patients.

Le point de départ de l'ensemble de cette étude prend sa source dans notre pratique professionnelle en tant que psychologue du travail dans un centre de rééducation. Ce centre accueille régulièrement des groupes de patients atteints de troubles musculo-squelettiques lors de prises en charge multidisciplinaires de quelques semaines. Pour notre part, nous accompagnons certains de ces patients dans leurs problématiques professionnelles. Il est depuis longtemps acquis que cette sphère professionnelle est une préoccupation majeure de tels programmes notamment ceux s'inspirant des principes de la restauration fonctionnelle (Azanmasso et al., 2016; Beaudreuil et al., 2010; Fedou, Braley-Berthoumieux et Donskoff, 2012; Poiraudau, Lefevre-Colau, Fayad, Rannou et Revel, 2004; Voisin et al., 1994). Cependant, dans la littérature scientifique, la question se résume souvent à « travailler ou ne pas travailler » (Aitken et Cornes, 1990), or il nous semble que la question du travail dépasse très largement la simple question de l'emploi et qu'en l'abordant uniquement sous cet angle nous manquions quelque chose d'important.

Cette impression était ravivée à chaque fois que nous entendions un discours des patients, comme une litanie, symbolisé par la phrase suivante : « c'est bien beau ce que j'ai appris ici mais au travail ce n'est pas faisable ». Au-delà du retour à l'emploi, c'est toute la question de leur travail que les patients remettaient en jeu. Sans qu'il nous soit spécialement adressé, nous étions confrontés à ce type de discours et, en tant que psychologue, il nous semblait important de prendre au sérieux de telles remarques tout en renversant la perspective. Il ne s'agissait plus de savoir comment intervenir pour répondre à ces remarques des patients mais d'essayer de comprendre pourquoi de tels questionnements pouvaient se poser pour un patient qui nous rappelait qu'il était aussi un travailleur. Ce retournement a fait surgir d'autres questions, non pas sur l'intervention du centre de rééducation vers le monde de l'entreprise, mais bien sur la place qui était accordée au travail au sein même des programmes de rééducation. Comment le travail s'inscrit dans un programme multidisciplinaire de rééducation ? Quels rapports existent, ou sont possibles, entre la rééducation et le travail ou entre le monde de la santé et le monde professionnel ? Quelles ressources mobilisent les professionnels de santé pour s'intéresser au travail des patients ?

La question du rapport entre travail et rééducation peut sembler simple de prime abord si on considère qu'on réentraîne des capacités physiques pour que la personne puisse reprendre son emploi ; mais cette question se révèle beaucoup plus complexe en prenant au sérieux l'objection des patients et en l'abordant sous l'angle du travail. Il est possible d'appréhender la question de multiples manières différentes : est-ce le travail des patients qui nous intéresse ? ou bien l'effet du travail des professionnels de santé sur le patient ? ou encore l'effet des programmes multidisciplinaires sur le travail des patients ? Multiple et difficile à saisir, nous devons accepter de positionner cette

question du travail. Nous avons donc décidé de nous tourner vers le contenu des programmes de rééducation et plus précisément sur le travail des professionnels de santé confrontés à la question du travail des patients. En l'occurrence, notre attention s'est portée vers le métier d'ergothérapeute identifié dans la littérature comme une profession particulièrement concernée par le travail des patients au sein des programmes multidisciplinaires (Bendix, Bendix, Labriola, Hastrup et Ebbelhøj, 2000; Gatchel et Mayer, 2012; Kääpä, Frantsi, Sarna et Malmivaara, 2006). La psychologie du travail, et plus précisément la clinique de l'activité, nous semblait permettre une exploration de la question en ouvrant des pistes de réflexions intéressantes. Cela permettait de construire un objet de recherche se positionnant définitivement du côté de l'activité des professionnels de santé quand ils s'intéressent eux-mêmes à la question du travail du patient ; pas seulement en analysant ce que faisait ou ce que ne se faisait pas les ergothérapeutes mais aussi ce qu'ils auraient voulu faire, ce qui aurait pu se faire et ce qui n'a pas pu être fait. Aujourd'hui, nous pourrions reformuler les questions à l'origine de ce travail de recherche de la manière suivante :

- L'une porte sur le travail comme activité : si le contenu des programmes et les tâches sont relativement bien définis dans la littérature, qu'en est-il du réel de l'activité (Clot, 1999) des professionnels de santé confrontés à la question du travail des patients ? Quels sont les obstacles et les limites auxquels se confrontent les ergothérapeutes mais quelles sont aussi les ressources psychologiques et sociales mobilisables ?
- Une autre concerne la conflictualité du métier : la clinique de l'activité permet de conceptualiser un métier (Miossec et Clot, 2011) organisé en quatre registres (personnel, interpersonnel, transpersonnel et impersonnel) dont la conflictualité peut se révéler sous forme de dilemmes (Prot, 2011; Tomás, Kloetzer et Clot, 2014). Ces dilemmes permettent de rendre compte des rapports, éprouvés par ceux qui s'exposent au travail, entre les différents registres du métier. Ainsi, est ce que l'objection faite par les patients se retrouve-t-elle sous la forme de dilemmes de métier pour les ergothérapeutes ?
- Enfin, la dernière nous amène à nous interroger sur comment prendre soin du travail. Si la santé n'est pas vivre dans un milieu mais fabriquer du milieu pour vivre (Canguilhem, 2013) en développant de nouveaux objets, de nouveaux destinataires et de nouveaux instruments de l'activité (Clot, 2011) ; alors, comment le réel de l'activité des ergothérapeutes peut-il permettre de renouveler la vitalité du métier ? Comment le travail réel des ergothérapeutes peut renouveler la question du travail des patients et par là, potentiellement, réinterroger la manière dont une institution se saisit des modèles théoriques pour concevoir ses programmes multidisciplinaires ?

Reprendre la question du travail sous l'angle du réel de l'activité de professions concernées par la rééducation de troubles musculo-squelettiques nous situait à la croisée des intérêts des deux laboratoires accueillant ce projet de recherche (Ester¹ et CRTD²). En prenant pour objet le travail de professionnels de santé, il s'agissait aussi d'une voie de recherche originale et peu développée dans une littérature se focalisant essentiellement sur les patients où programmes multidisciplinaires et professionnels de santé sont davantage considérés comme des variables contrôlées ou indépendantes.

Pour nous permettre d'instruire ces différentes questions dans une perspective méthodologique adoptant la clinique de l'activité, il était nécessaire de mettre en place un terrain de recherche n'étant pas parasité par l'activité professionnelle que nous conservions en parallèle de cette thèse. Cela nous a incité à rechercher un terrain à la fois similaire mais aussi distinct de notre lieu de travail habituel. L'enjeu était de mettre en place une expérimentation clinique (Clot et Leplat, 2005; Fernandez, 2004) où l'activité n'est pas seulement un objet d'étude mais aussi un instrument clinique (Quillerou-Grivot et Clot, 2013) permettant de donner un cadre à la controverse professionnelle notamment au travers de la technique des autoconfrontations croisées. Une telle proposition d'intervention a reçu un accueil favorable au sein du centre de rééducation François Gallouedec. Nous avons donc pu rencontrer successivement les responsables, puis les ergothérapeutes de ce centre qui ont souhaité s'investir dans une telle démarche. L'intervention donnait un cadre permettant l'analyse de son propre travail dans la perspective d'encourager le développement de ressources individuelles et collectives.

L'intervention s'est donc déployée auprès de l'ensemble des ergothérapeutes du centre François Gallouedec. Elle a duré plus de deux ans et demandé l'engagement tant des participants que de l'intervenant. La démarche nécessitait un temps d'appropriation pour que le renversement de la question à l'origine de ce projet de recherche s'opère aussi chez des participants davantage habitués à se préoccuper du patient que de leur propre travail. Les premiers temps de l'intervention ont permis de choisir, parmi la multiplicité des tâches des ergothérapeutes, les situations de travail qui allaient faire l'objet d'enregistrements vidéo et d'analyses plus précises. Il s'est avéré que chacun des ergothérapeutes était concerné de façon variable par la question du travail du patient mais tous ont choisi de s'engager dans la démarche. Intervenant comme ergothérapeutes ont aussi pu s'apercevoir que cette question du travail du patient était parfois « fuyante » voire « embarrassante ». C'est un recentrage de la fin de l'intervention autour du travail réalisé par deux ergothérapeutes lors d'un atelier geste professionnel qui a permis de remettre au centre de l'intervention la question du travail.

Cet atelier geste professionnel, est l'un des rares dispositifs formalisés durant les prises en charge rééducatives prenant explicitement pour objet le travail du patient. En focalisant l'analyse sur cet atelier, les ergothérapeutes ont pu

¹ L'équipe d'Épidémiologie en Santé au Travail et Ergonomie (Ester) de l'université d'Angers

² Le Centre de Recherche sur le Travail et le Développement (CRTD) du Cnam Paris

préciser et réinterroger la conflictualité entre les différents registres de leur métier quand ils se retrouvent confrontés à des tâches de mise en situation professionnelle. Or, les obstacles révélés lors de l'analyse du travail durant les ateliers geste professionnel ont amené les ergothérapeutes à considérer cette tâche comme particulièrement difficile. Malgré cela, les professionnels ont souhaité renouveler l'expérience de la confrontation de leurs points de vue lors d'une nouvelle série d'autoconfrontations en s'appuyant sur de nouveaux enregistrements vidéo de leur travail, renouvelant par là leur engagement dans l'analyse de celui-ci.

Et c'est précisément cet engagement renouvelé pour tenter d'analyser de façon plus précise une activité reconnue difficile qui nous a servi de point départ pour dégager notre objet de recherche. Pourquoi l'activité des ergothérapeutes confrontés à la question du travail des patients semble si compliquée ? Quels sont les enjeux du métier d'ergothérapeute quand leur tâche consiste à réaliser une mise en situation professionnelle ?

Nous avons émis l'hypothèse qu'il existe des dilemmes de métier comme formalisations possibles de la conflictualité de l'activité des ergothérapeutes. Nous pensons que ces dilemmes de métier peuvent permettre de réinterroger les théories structurant les programmes multidisciplinaires de rééducation comme le modèle biopsychosocial d'Engel (1980) ou celui de la restauration fonctionnelle (Mayer et Gatchel, 1988). Ainsi, il semble envisageable de concevoir le réel du travail des ergothérapeutes, et ses dilemmes, comme une ressource potentielle dans le développement des programmes de rééducation.

La première partie de cette thèse est consacrée à poser le cadre dans lequel se déroule la prise en charge de patients atteints de troubles musculo-squelettiques chroniques. Il s'agit tout d'abord de poser les enjeux de ce type de pathologie en termes de prise en charge sanitaire. Nous avons ensuite choisi de présenter les modèles biopsychosociaux de la santé d'Engel (Engel, 1980) et de la restauration fonctionnelle de Mayer et Gatchel (1988). Il s'agit de ceux reflétant actuellement le mieux les théories sous-jacentes lors de la conception de nombreux programmes multidisciplinaires en centre de rééducation en France. Nous terminerons cette partie en montrant que le travail demeure un « point aveugle » pour ces modèles et notamment l'activité des professionnels de santé.

La seconde partie sera consacrée à l'intervention. Nous présenterons tout d'abord le cadre méthodologique de la clinique de l'activité ayant soutenu l'ensemble du déploiement de la démarche. Il nous faudra aussi exposer le contexte de l'intervention en présentant le centre François Gallouedec ainsi que les programmes multidisciplinaires qui s'y déroulent. L'intervention en tant que telle sera ensuite détaillée, des premières observations au bilan final. Cela nous amènera à dégager la problématique de recherche autour des dilemmes de métier des ergothérapeutes confrontés à une tâche de mise en situation professionnelle.

Pour préciser notre objet de recherche, il nous faudra revenir dans une troisième partie sur le concept de dilemme tel que nous l'avons mobilisé comme une formalisation de la conflictualité entre, et à l'intérieur, des différents registres du métier. Il nous faudra ensuite avoir recours à des outils linguistiques sur les transformations des objets de discours (Sitri, 2003) pour nous aider à analyser la dynamique des dialogues lors d'extraits d'autoconfrontations croisées. Ce

sont ces outils qui nous permettront de suivre l'évolution des objets de discours et ainsi tracer le développement de la conflictualité de leur métier par les ergothérapeutes. Cela nous permettra aussi de dégager l'objet du débat (Clot, 2008b) autour duquel s'enroule les dialogues en autoconfrontation. La mise à jour de ces différents éléments nous permettra de donner une forme aux dilemmes de métier éprouvés par les ergothérapeutes quand la question du travail du patient est en jeu.

La quatrième et dernière partie nous permettra de réinterroger les modèles présentés au début de ce travail sous l'angle des dilemmes de métier des ergothérapeutes confrontés à la question du travail des patients. Elle sera l'occasion d'initier un dialogue entre des modèles biopsychosociaux et des théories développementales pour dégager des pistes possibles de renouvellement de la question du travail au sein des programmes multidisciplinaires.

Première partie - Programmes multidisciplinaires, rééducation des Troubles Musculo Squelettiques chroniques et travail

Les Troubles Musculo Squelettiques (TMS) sont des affections fréquentes mais recouvrant des réalités très différentes. Les formes les plus sévères donnent lieu à des prises en charge en centre de rééducation au travers de programmes dits multidisciplinaires. Ces programmes s'inspirent d'une approche biopsychosociale dont nous pouvons retrouver l'idée avec les travaux précurseurs d'Engel. Dans la prise en charge des TMS chroniques, les années 80 verront l'émergence du modèle de la restauration fonctionnelle de Mayer et Gatchel qui demeure encore de nos jours une référence dans la prise en charge de ce type de pathologie en centre de rééducation. Il existe de nombreuses recherches sur les patients ayant participé à de tels programmes mais la question du travail semble s'y résumer au seul problème de l'emploi de ces derniers. Les recherches auront aussi tendance à laisser dans l'ombre le travail des professionnels de santé eux-mêmes, des auteurs iront jusqu'à utiliser le terme de « boîte noire » (Durand et al., 2017) pour désigner la méconnaissance des différentes composantes de l'intervention au sein des programmes. C'est précisément pour ne pas laisser dans l'ombre la question du travail qu'il nous semble important de nous y intéresser en nous posant tout d'abord deux questions. Premièrement, dans quel contexte, notamment médico-économique, s'inscrit la question du travail lorsque l'on parle de programme multidisciplinaire pour TMS chroniques ? Deuxièmement, comment les modèles théoriques appréhendent la question du travail que ce soit celui du patient ou des thérapeutes ?

1. Les enjeux des programmes multidisciplinaires dans la prise en charge rééducative des Troubles Musculo Squelettiques chroniques

La multiplicité des formes et la prévalence importante des TMS en font un problème de santé publique. Les coûts économiques sont importants amenant à faire des choix en termes de prévention et les programmes multidisciplinaires en centre de rééducation sont donc réservés aux problématiques les plus compliquées.

1.1. Troubles Musculo Squelettiques : des dénominations multiples pour de multiples dimensions à prendre en considération

Les Troubles Musculo squelettiques sont des affections douloureuses des tissus mous péri-articulaires (muscles, tendons, vaisseaux, etc.) et des nerfs périphériques. De nombreuses dénominations existent pour qualifier ces affections péri-articulaires. Kuorinka, Forcier et Hagberg (1995) en recensent plus d'une quarantaine. Certaines font référence à l'origine supposée de la pathologie que ce soit le travail et/ou la répétitivité : LATR (Lésions Attribuables au Travail Répétitif), RSI (Repetitive Strain Injuries), WRMSD (Work-Related Musculoskeletal Disorders). D'autres s'attardent sur une localisation anatomique plus ou moins précise : WRULMDs (Work-Related and Upper Limb Musculoskeletal Disorders), CTS (Canal Tunnel Syndrome). Le foisonnement de ces appellations reflète la complexité à se saisir de la problématique qui ne relève pas exclusivement d'un seul champ qu'il soit médical ou professionnel.

Il est ainsi difficile d'établir une classification claire. Van Eerd et al. (2003) ont établi pas moins de 27 classifications différentes à partir de l'étude de 1671 articles dans le champ médical et ce uniquement sur les affections des membres supérieurs. La Classification Internationale des Maladies (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2015), offre tout de même la possibilité de classer les principaux TMS en fonction du type d'affection et de la localisation anatomique (cf. Tableau 1). On y distingue les affections cliniquement caractérisées des formes dites non spécifiques. Parmi les affections cliniquement caractérisées les plus fréquentes citons le syndrome du canal carpien, les tendinopathies des muscles épicondyliens, les tendinopathies de la coiffe des rotateurs ou les lombo-radiculalgies. Les formes non spécifiques sont davantage caractérisées par l'expression d'un symptôme douloureux. La lombalgie commune étant sans doute une des formes les plus caractéristiques.

Types d'affection	Localisation	CIM-10
1. Tendinopathies	Coiffe des rotateurs de l'épaule Épicondyliens latéraux Épicondyliens médiaux Fléchisseurs et extenseurs mains/doigts Maladie de De Quervain Tendons quadriceps et rotule Tendon d'Achille	M75.1-M75.2 M77.1 M77.0 M70.0-M70.8 M65.4 M76.5 M76.6
2. Syndromes canalaires (ou de défilé) et Compressions nerveuses	Médian (canal carpien) Cubital (canal de Guyon) Cubital au coude Radial au coude (tunnel radial) Épaule : nerfs sus-scapulaire, grand dentelé, musculo-cutané, circonflexe Syndrome du défilé cervico-thoracique Nerf sciatique poplité (jambe) Lombo-radiculalgies dues à une hernie discale	G56.0 G56.2 G56.2 G56.3 G56.9 G56.9 G57.3 M51.1
3. Hygromas	Hygroma du coude Hygroma des phalanges Hygroma du genou	M70.2-M70.3 M70.1 M70.4-M70.5
4. Syndromes osseux	Arthrose microtraumatique Coude Poignet Base du pouce Ostéonécrose induite par les vibrations (Köhler et Kienböck)	M.19.9 M19.9 M18.3-M18.9 M92.6-M93.1
5. Syndromes vasculaires	Troubles angioneurotiques Syndrome marteau hypothénar Syndrome de loge musculaire	I73.0 I73.8 T79.6
6. Lésions méniscales	Ménisques	M22.9
7. Troubles non spécifiques	Syndrome cervico-brachial (tension musculaire du cou) Douleurs non spécifiques du membre supérieur Cervicalgies Dorsalgies Lombalgies communes et lumbagos	M53.1 M70.9-M79.6 M54 M54 M54.5

Tableau 1. Classification des principaux TMS des membres et du rachis (European Agency for Safety and Health at Work, 1999; Ministère des affaires sociales et de la santé, 2015)

Les prises en charge thérapeutiques, dans les programmes multidisciplinaires dont il va être question, concernent des affections chroniques et récidivantes après exclusion d'une pathologie grave sous-jacente ou « red flag » (tumeur, infection, fracture...). Plus précisément, ces programmes en centre de rééducation se concentrent principalement sur la prise en charge de patients atteints de TMS non spécifiques.

1.2. Programmes multidisciplinaires : indications de prises en charge

Par programme multidisciplinaire, nous nous intéresserons essentiellement à des programmes de restauration fonctionnelle. Ces programmes se basent sur l'idée d'un syndrome de déconditionnement à l'effort de patients ayant des atteintes chroniques et invalidantes (Mayer, Smith, Keeley et Mooney, 1985). La démarche des programmes vise à « restaurer la situation physique, psychosociale et socio-économique » (Poiraudau, Rannou, Lefevre Colau, Boutron et Revel, 2004, p. 414). Nous aurons largement l'occasion d'y revenir ultérieurement.

Du fait de la coordination de nombreux acteurs de santé (médecin, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychologue...) sur un temps relativement court³, il est difficile d'imaginer ce type de prise en charge ailleurs que dans une structure de rééducation. Nous présenterons dans le détail, un peu plus loin, les deux programmes existants sur le lieu de notre intervention. Il n'existe pas de « consensus définitif quant aux indications [*de ces programmes*] comme traitement » (Ibid, p. 414). Nous pouvons cependant tenter d'en dresser quelques lignes.

Les patients pris en charge dans les programmes multidisciplinaires en centre de rééducation ont la double particularité d'avoir des atteintes qualifiées de chroniques et « sévères ». La chronicité est définie par une durée d'évolution supérieure à trois mois. Selon les études, cela ne représente que 5 à 10% des personnes souffrant de TMS (Andersson, 1999; Croft, Macfarlane, Papageorgiou, Thomas et Silman, 1998; Truchon et al., 2010)⁴. La « sévérité », elle, ne possède pas de définition consensuelle. Elle peut s'interpréter du côté de l'intensité des symptômes (douleur, déficit neurologique) ou de l'impact fonctionnel, professionnel... Il est possible de retenir comme « sévère » une affection « récidivante ou chronique et/ou qui entraîne des restrictions de participation pour les activités de la vie quotidienne et/ou de travail » (Roquelaure et Petit, 2013, p. 24).

Retenons avec Donskoff (2011) que ce type de programme s'adresse « à des patients [...] chroniques déconditionnés en situation de handicap avec retentissement professionnel et pour lesquels les différents traitements se sont révélés jusqu'alors inefficaces. » (p. 81). Notons au passage qu'il existe une forme de paradoxe dans ses propos. Elle estime que lorsqu'il existe un retentissement professionnel, « on doit proposer de manière précoce les programmes de RFR [Restauration Fonctionnelle du Rachis] » (Ibid., p. 82). Or, les succès, mais aussi parfois l'errance médicale, ne favorisent pas cette prise en charge précoce. Cela fait écho à notre propre expérience de terrain en tant que psychologue du travail en centre de rééducation où, bien souvent, la prise en charge en centre est un derniers recours. De facto, les prises en charge se font davantage en phase chronique que subaiguë. L'auteur souligne aussi que « ce type de prise en charge implique de nombreux professionnels sur un temps court et de façon intense ce qui engendre des coûts supplémentaires par rapport aux méthodes classiques » (Ibid., p. 81). Elle introduit ainsi une dimension économique à l'indication des prises en charge en centre de rééducation.

³ De l'ordre de 3 à 5 semaines.

⁴ Il est intéressant de noter que beaucoup d'études se réfèrent au travail d'Andersson de 1999. Sa recherche est construite de manière à identifier un seuil temporel à partir duquel 90% des personnes déclarant un problème de dos « récupèrent naturellement ». Il établit ce seuil à 3 mois. La chronicité trouve ainsi davantage son origine dans une détermination statistique en quantile qu'au travers de repères cliniques. De ce point de vue, ce seuil de chronicité pourrait être considéré comme évolutif.

1.3. Un enjeu quantitatif : le « coût » du travail et le « coût » du retour à l'emploi

Les TMS sont un enjeu majeur de santé au travail aussi bien en France, en Europe (Roquelaure, 2015) que dans le monde (Vos, Flaxman, Naghavi, Lozano et Michaud, 2012). Au-delà, il s'agit aussi d'un enjeu de santé publique mobilisant les pouvoirs publics qui ont fait des TMS un risque prioritaire (Ministère du Travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2009, 2015). Mais tous les patients atteints de TMS ne sont pas pris en charge en centre de rééducation. Seule une fraction parmi les atteintes les plus sévères, pourront en bénéficier. Cela représente néanmoins un enjeu quantitatif pour les centres de rééducation.

En 2008 en France, les TMS représentaient la première cause de maladie professionnelle pour les salariés du régime général avec 83% des maladies professionnelles reconnues et près de 34000 nouveaux cas cette année-là (Ministère du Travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2010). En plus du coût humain, le coût financier est colossal avec 8,4 millions de journées de travail perdues et 787 millions de frais couverts par les cotisations des entreprises pour les actifs du régime général. Le coût moyen est de 21300 euros. Les indemnités journalières versées pour un arrêt maladie représentent le poste de dépense le plus important (Haumesser, Becker, Grosso Lebon et Weill, 2004). Ces coûts directs sont augmentés par des coûts indirects de régulation et stratégique (ANACT, 2008) qui sont 5 à 6 fois plus importants (Direction générale de la santé, 2003). Il est important de préciser que seule une minorité de patients « chroniques » représente la plus grande part (85%) des coûts médicaux et des prises en charge financières de l'invalidité (Benoist, 2007; Poiraudau, Lefevre-Colau, et al., 2004). Compte tenu du volume de patients concernés et du nombre de programmes multidisciplinaires existant, c'est seulement une partie de ces patients « chroniques » qui pourront bénéficier d'une prise en charge en centre de rééducation sans pouvoir couvrir l'intégralité des besoins en termes de santé publique (Petit, Fouquet et Roquelaure, 2015).

La prévention primaire reste une priorité pour limiter ces coûts. Cependant, les patients intégrant un centre de rééducation ne sont plus des personnes à risques mais correspondent essentiellement aux 5 à 10% de patients chroniques représentant la majorité des coûts financiers. C'est dans ce contexte médico-économique que s'organisent les prises en charge en centre de rééducation par des équipes pluridisciplinaires. Un des enjeux est donc bien financier en évaluant les rapports coût-efficacité de tels programmes. Ces rapports peuvent être évalués de diverses manières : en fonction du taux de retour à l'emploi (Poulain et al., 2010), en évaluant le juste nécessaire dans l'économie des programmes (Fardjad et al., 2012) ou encore en évaluant leur possible précocité sans mettre en péril les résultats de la rééducation (Theodore, Mayer et Gatchel, 2015). L'essentiel à retenir est que ces études pointent du doigt l'importance de l'utilisation des ressources disponibles au regard de l'ampleur du problème.

Du point de vue des acteurs de la santé, il peut devenir légitime de se poser la question de l'impact du domaine économique sur leurs pratiques. Dans quelle mesure les contraintes médico-économiques influencent-elles l'organisation mais aussi le contenu des prises en charge thérapeutiques ? Les guides de bonnes pratiques permettent certainement une meilleure affectation des soins, mais la pratique en centre de rééducation est tout de même sous

contrainte économique (volonté d'instauration d'une Tarification à l'activité T2A - devenue DMA - Dotation Modulée à l'Activité en 2017).

En considérant le coût médico-économique, les questions du travail des professionnels de santé et de l'emploi des patients deviennent centrales. D'un côté, il s'agit d'un ensemble de dépenses liées au fonctionnement de la prise en charge sanitaire : rémunérations des professionnels de santé, coûts de fonctionnement et d'entretien des infrastructures. D'un autre côté, une personne en arrêt maladie ne participe plus aux cotisations sociales, touche des indemnités journalières versées par l'assurance maladie voire à terme une indemnisation au titre d'une pension ou d'une rente pour invalidité. Que ce soit du côté du travail des professionnels de santé ou de l'emploi du patient, le coût est une préoccupation importante pour les programmes multidisciplinaires.

Les programmes multidisciplinaires, par définition, regroupent l'intervention de professionnels de disciplines différentes et spécialisés dans des dimensions spécifiques allant de l'organisme du patient à sa vie sociale en passant par sa dynamique psychologique. Le modèle théorique sous-jacent est biopsychosocial.

2. L'apport du modèle biopsychosocial de la santé d'Engel dans la prise en charge des maladies chroniques

Le terme biopsychosocial est souvent employé dans les écrits portant sur les pathologies chroniques. Étant rarement défini, il est possible d'imaginer qu'il ne renvoie pas toujours aux mêmes concepts (Truchon et Fillon, 2000) pouvant ainsi créer une certaine confusion. Il est possible de remonter jusqu'à Engel (1977) pour retrouver les premières traces de l'idée d'un modèle biopsychosocial de la santé. Pour lui, il s'agit davantage que le simple ajout de déterminants psychosociaux à côté de déterminants biologiques afin de décrire une maladie. Il s'agit avant tout de réintégrer l'humain dans la démarche médicale.

Le modèle biopsychosocial proposé par Engel possède une double nature de « philosophie des soins cliniques et [...] de guide des pratiques cliniques »^{5/6} (Borrell-Carrio, Suchman et Epstein, 2004, p. 576). En tant que modèle philosophique ou théorique, c'est « un ensemble cohérent et articulé d'hypothèses explicatives de la santé et de la maladie » (Berquin, 2010, p. 1512). C'est une façon de comprendre comment la souffrance et la maladie sont affectées par de multiples niveaux d'organisation allant du niveau moléculaire à celui de la société. C'est en même temps un modèle pour l'action clinique, essentiellement médicale pour Engel. Il permet de considérer la subjectivité du patient comme pouvant contribuer à la précision du diagnostic et à l'amélioration de son état de santé.

Même si ce sont les aspects théoriques du modèle qui ont principalement retenus notre attention, il sera indispensable à certains moments de dire quelques mots sur son aspect pratique pour le comprendre dans sa globalité comme les deux faces d'une même pièce. Tout d'abord, le rapport du modèle biopsychosocial au modèle biomédical nous permettra d'en appréhender les fondements. Ceci permettra ensuite de comprendre en quoi une structuration en système hiérarchisé permet de dépasser le réductionnisme du modèle biomédical sans le renier tout à fait. La structure du modèle biopsychosocial est aussi vu comme intégrative, permettant de concevoir différemment le dualisme corps⁷/esprit imposé encore une fois par le modèle biomédical.

Il nous semble important de reprendre dans le détail le modèle biopsychosocial d'Engel sur lequel se sont appuyées les recherches ultérieures. Certains points permettent d'éclairer les forces mais aussi les limites de certains modèles actuels. Ce retour aux sources permet aussi d'avoir un repère clair de ce que l'on peut entendre par modèle biopsychosocial.

⁵ « philosophy of clinical care and [...] practical clinical guide »

⁶ Quand aucune traduction française n'existe ou si nous n'avons pas pu y avoir accès, nous avons traduit nous même les citations. Dans ce cas, nous ferons à chaque fois figurer la citation dans sa version originale en note de bas de page.

⁷ Dans ce chapitre sur le modèle biopsychosocial d'Engel, le terme de corps renverra à son versant d'organisme biologique sans considérer la distinction conceptuelle introduite par Bullinger (2004) entre l'organisme et le corps.

2.1. Une nécessaire prise en compte scientifique des dimensions psychosociales : redéfinition de la maladie, de la place du patient et du rôle du médecin

Afin d'illustrer tout l'intérêt du modèle biopsychosocial par rapport au modèle biomédical, empruntons à Rolf H. Adler (2009) l'idée de prendre appui sur une nouvelle d'Agatha Christie, *Meurtre au galop*. Dans cette œuvre, Miss Marple fait le tour d'une petite ville afin de recueillir des fonds à destination d'une œuvre locale. Lorsqu'elle pénètre dans la maison de Mr Enderby, elle découvre le corps de celui-ci en bas d'un escalier, serrant sa poitrine, mort. Elle monte les escaliers pour trouver des preuves de ce qui s'est passé. En ouvrant une porte, un chat à l'allure féroce saute sur elle avant de s'enfuir. Selon Miss Marple, Mr Enderby, qui souffrait d'une maladie cardiaque (bio), était connu pour sa peur pathologique des chats (psycho). Il a été effrayé par le chat qu'un visiteur (socio), peut-être un de ses héritiers, a introduit dans la maison. Son hypothèse est qu'il s'agissait bien d'un meurtre. Miss Marple prévient la police qui conclut à une mort par crise cardiaque (bio) selon le diagnostic du médecin légiste. L'inspecteur ne prend pas en considération les éléments psychologiques et sociologiques de l'affaire. L'approche biopsychosociale de Miss Marple amène à des hypothèses radicalement différentes de la simple approche biologique de la police. L'horreur pathologique des chats de Mr Enderby l'a empêché de répondre de façon adéquate à la brusque apparition du félin entraînant une réponse physiologique de son organisme conduisant à une probable fibrillation ventriculaire puis à la mort.

Le cas de Miss Marple illustre bien tout l'intérêt de prendre en considération les éléments psychologiques et sociologiques d'une « affaire ». Mais l'apport du modèle biopsychosocial d'Engel ne se réduit pas à l'ajout de déterminants psychologiques et sociaux dans l'analyse d'un problème de santé. Pour bien saisir ce modèle, il est nécessaire de comprendre les relations qu'entretiennent ces catégories avec les traditionnels déterminants biologiques et avec la démarche scientifique. Le modèle discute du rapport de la subjectivité aux paramètres biologiques. Cette discussion de la place de la subjectivité permet de comprendre que c'est « la transformation de la manière d'envisager la maladie, la souffrance et la guérison, qui constitue l'aspect majeur de l'apport de G. L. Engel. » (Siksou, 2008, p. 55).

2.1.1. Entre un renoncement à l'humain ou un renoncement à la démarche scientifique : le modèle biopsychosocial comme troisième voie.

Engel pose rapidement le double fondement théorique et pratique de son modèle : « l'importance de la façon dont les médecins conceptualisent la maladie détermine ce qui sera considéré comme les limites appropriées de la

responsabilité professionnelle et comment elles influencent l'attitude et le comportement avec les patients »⁸ (Engel, 1977, p. 129). La théorie est à la fois un outil psychologique du praticien pour l'aider à réaliser son métier, c'est également un outil social qui délimite ce que l'on considère comme relevant de sa responsabilité professionnelle ou non.

Et c'est bien comme un outil social qu'Engel développe son modèle théorique à la fin des années 70. La question à laquelle il s'efforce de répondre est de savoir quel statut peut être donné à la subjectivité d'un patient dans la pratique médicale. Le modèle biomédical dominant ne conçoit la maladie qu'en termes de paramètres biologiques. Le postulat étant qu'avec suffisamment de connaissances et de précisions, il sera toujours possible de remonter linéairement des symptômes d'une maladie à des causes biologiques sous-jacentes. Le postulat inverse considère les facteurs psychosociaux comme hors du champ de la médecine car hors du champ de la science.

La psychiatrie est elle-même menacée de scission autour de cette question de la subjectivité. Les tenants du modèle biomédical en psychiatrie restreignent son objet aux désordres comportementaux ayant pour origine un dysfonctionnement cérébral. Pour Ludwig, par exemple, « il ne peut y avoir qu'une seule base solide pour la psychiatrie, basée sur le modèle médical »⁹ (Ludwig, 1975, p. 603). Tout ce qui n'a pas une cause physiologique est exclu de la maladie mentale et, par voie de conséquence, du champ de la médecine. Ces problèmes sont alors relégués à des professionnels non médicaux. A l'opposé, les tenants d'un rejet complet du modèle biomédical prônaient la refonte de l'approche psychiatrique sur les sciences comportementales (Szasz, 1974), les problèmes neurologiques étant laissés aux neurologues.

Engel interprète cette crise de la psychiatrie comme le signe d'une autre question : est-ce que le modèle biomédical est encore adapté à la médecine ? Pour Engel, le problème entre les tenants et opposants du modèle biomédical est mal posé. Dans les deux cas, tout ce qui ne trouve pas son origine dans une cause biologique ne serait pas accessible à la démarche scientifique. Engel refuse d'avoir à choisir entre un renoncement aux aspects psychosociaux d'un côté et un renoncement à la démarche scientifique de l'autre.

2.1.2. La double critique du modèle biomédical : réductionnisme et dualisme corps/esprit

La première critique porte sur le réductionnisme aux seuls déterminants biologiques qu'impose le modèle biomédical. La différence entre une approche biomédicale et une approche biopsychosociale tient dans la distinction entre les termes « disease » et « illness ». Les deux se traduisent par maladie en français mais Engel les emploie de façon très distincte dans ses écrits. Disease renvoie à la maladie en tant qu'objet naturel comme des « anomalies de la fonction

⁸ « the importance of how physicians conceptualize disease determine what are considered the proper boundaries of professional responsibility and how they influence attitude toward and behavior with patients »

⁹ « there can be only one sound foundation for psychiatry, that based on the medical model »

et / ou de la structure des organes et des systèmes du corps »¹⁰ (Eisenberg, 1977, p. 9). Dans illness, le suffixe -ness indique la qualité ou l'état d'une chose ou d'une personne. Le terme illness renvoie donc directement à « l'état d'être moins bien ». Dit plus joliment, illness est l'expérience « des discontinuités dans l'existence et dans la perception de performance dans les rôles qu'on occupe »¹¹ (Ibid., p. 9). Cette distinction peut paraître conceptuelle mais elle permet de se décaler du simple point de vue biomédical pour expliquer les possibles incompréhensions entre un médecin et son patient (Louis-Courvoisier et Mauron, 2002). Les maladies ne seraient donc pas uniquement de l'ordre de la pathologie objectivable (disease). La maladie (illness) serait aussi de l'ordre du vécu des patients introduisant la nécessaire prise en charge des dimensions psychologiques et sociales.

La seconde critique porte sur la place du patient. En expliquant la maladie seulement en termes biologiques, le modèle biomédical fait l'économie du patient en tant que sujet. Les symptômes sont réduits à des facteurs physico-chimiques avant de pouvoir avoir un sens. La maladie est du côté du corps, le reste relève de la spiritualité. Engel s'élève contre ce dualisme corps/esprit niant le patient comme un tout avec lequel doit composer le médecin.

2.1.3. Les pré-requis pour un nouveau modèle médical de la santé et de la maladie

Au-delà de la critique du modèle biomédical, Engel (1977) explique clairement les raisons pour lesquelles une inclusion des facteurs biologiques et psychosociaux est nécessaire à la prise en charge des patients :

- Une altération biochimique ne se traduit pas obligatoirement et/ou directement en maladie (illness). La manifestation de la maladie provient de l'interaction de plusieurs causes, incluant des facteurs au niveau moléculaire (comprendre biologique), individuel et social. Ces facteurs agissent à des degrés et de manières différentes selon les maladies. C'est l'interaction entre ces multiples facteurs qui permet de comprendre la variabilité des expressions cliniques de la maladie.
- Les données comportementales et psychologiques peuvent et doivent être traitées de façon scientifique. Le modèle biomédical encourage à contourner le discours du patient pour accorder davantage de crédit aux procédures techniques et aux mesures. Le discours nécessite la même rigueur en termes de méthodes, de qualification du clinicien et de concepts, que pour l'approche des données anatomiques ou physiologiques.
- Les conditions de vie influencent l'apparition et l'évolution de la maladie.
- L'anomalie biologique marque certaines caractéristiques de la maladie. Mais, elle ne correspond pas forcément au moment où la personne « tombe malade » ou accepte le rôle du malade en tant que patient. Il est tout à fait possible d'avoir mal au dos sans jamais aller voir le médecin ou se considérer comme malade.

¹⁰ « abnormalities in the function and/or structure of body organs and systems »

¹¹ « of discontinuities in states of being and perceived role performances »

- Le « traitement rationnel »¹² ciblé sur l'anomalie biologique ne permet pas toujours de restaurer la santé même en face de progrès mesurables et d'atténuation de l'anormalité. Dans ce cas, d'autres facteurs psychologiques et sociaux concourent pour maintenir le fait de se vivre comme patient (en anglais « patienthood »). Encore une fois, l'exemple de la lombalgie chronique est édifiant. Les progrès peuvent être flagrants sur le plan fonctionnel sans pour autant faire diminuer la plainte ou les appréhensions d'un patient.
- En plus du « traitement rationnel », la relation entre le patient et le médecin influence puissamment le résultat thérapeutique pour le meilleur ou pour le pire. Le comportement du médecin affecte directement le vécu de la maladie et potentiellement les processus physiologiques sous-jacent. Le succès du traitement rationnel est conditionné à l'habileté du médecin à influencer le comportement du patient dans une direction concordante avec ce qu'il estime être ses besoins en termes de santé.

Ces prérequis sont les fondements du modèle biopsychosocial dont l'appareillage systémique n'en sera qu'un moyen. Ce modèle redéfinit profondément le périmètre de la maladie mais aussi la place accordée au patient et le rôle du médecin.

2.1.4. Une redéfinition de la maladie, de la place du patient et de la pratique du médecin

Le but d'Engel en proposant son modèle n'est pas seulement de présenter une approche théorique de la santé mais de proposer une nouvelle façon d'envisager « comment les médecins abordent les patients et les problèmes qu'ils présentent »¹³ (Engel, 1980, p. 535). Si le critère d'anomalie physiologique retenu par le modèle biomédical n'est pas suffisant pour définir la maladie alors comment définir ce concept ? En redonnant du poids au discours du patient et aux facteurs psychosociaux, la maladie peut être décrite de plusieurs points de vue.

Du côté du patient, la maladie est la non connaissance de pourquoi il « fonctionne mal » ou de sa méconnaissance à savoir ce qu'il peut y faire. Il ne peut donc pas savoir, à priori, si les plaintes dont il veut faire part au médecin possèdent une quelconque origine organique. Pour le patient cela est couplé à la croyance que le médecin connaît l'origine de son mal et sait comment y remédier.

Du point de vue du médecin, la maladie est ce qu'il s'est engagé à prendre comme objet en tant que professionnel de santé. C'est donc ce qui sera catégorisé comme maladie qui délimitera le champ d'action du médecin.

Le contexte culturel va moduler ces points de vue différemment selon qu'on occupe la place du patient ou du médecin. La maladie peut ainsi être considérée comme un système transactionnel. Un système car elle nécessite l'interaction de différents niveaux d'analyse allant du biologique au social en passant par le psychologique. Transactionnel car la maladie se révèle au travers des actions réciproques du patient et du médecin. Un état peut ne

¹² Terme que Engel emprunte à Kety (1974)

¹³ « how physicians approach patients and the problems they present »

jamais accéder au statut de maladie si une personne ne va jamais voir un médecin ou si le médecin ne lui reconnaît pas cette qualification. C'est cette idée qu'approfondira Frich (1989) en proposant une approche dialogique de l'entretien clinique. Il ne s'agit plus pour le médecin d'interpréter la réalité de la maladie de chacun de ses patients ou de le concevoir comme un simple « texte » (Ibid., p. 37) à lire. L'approche dialogique encourage à concevoir l'entretien clinique comme un dialogue à plusieurs voix au travers duquel le clinicien doit s'intéresser au processus de production du discours. La maladie est créée et recrée au travers du dialogue. Des identités comme celle d'être malade sont donc construites et maintenues au travers des interactions sociales.

Cette conception remodèle en profondeur la contribution et le rôle du patient. La méconnaissance de la maladie (disease) n'empêche pas le patient de savoir ce qu'il veut dire au médecin de sa maladie (illness). C'est presque toujours cette expression de l'expérience subjective du vécu de la maladie qui sert de point de départ à l'intervention médicale. Le but de l'approche biopsychosociale est de fournir « un cadre conceptuel adapté à l'élaboration d'une approche scientifique de ce que les patients doivent nous dire de leur expérience de la maladie [illness] »¹⁴ (Engel, 1997, p. 523). Mais ce que le patient va choisir ou pouvoir dire dépend grandement de l'interaction avec le soignant. Le patient est donc à l'initiative mais aussi un collaborateur (cf. Figure 1) dans le processus de prise en charge médicale. Engel précise ainsi que le patient n'est pas seulement un objet d'étude. Il lutte encore une fois contre le réductionnisme du modèle biomédical. Cependant il ne rejette pas intégralement ses apports. Le patient, ou plutôt son organisme biologique, peut donc aussi devenir objet d'étude.

Cette unité corps et esprit de l'homme dans l'approche biopsychosociale implique pour le clinicien d'étendre sa responsabilité à évaluer n'importe quel problème que le patient lui présente. La pratique médicale sur son versant évaluatif/diagnostic s'étend avec le périmètre de la maladie. Pour Engel, le rôle du médecin est d'évaluer, au travers d'hypothèses, les contributions relatives entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui permettent d'expliquer la dysfonction et/ou la dysphorie. Le but de cette évaluation est toujours de choisir ou non de prendre en charge le patient, choisir la thérapeutique appropriée ou, le cas échéant, de le réorienter si l'évaluation met en avant des facteurs hors de portée de l'action du praticien. L'approche biopsychosociale étend donc doublement le champ d'évaluation du médecin. Il étend son périmètre au vécu de la maladie par le patient. Il étend aussi ses niveaux d'analyse aux aspects psychologiques et sociaux. Le modèle est vu comme un guide pour l'action plus complet que le modèle biomédical. Il permet un choix plus éclairé des traitements. Pour autant, le modèle biopsychosocial n'étend pas directement le champ d'action du praticien au niveau des moyens de résolution des problèmes.

¹⁴ « a conceptual framework suitable for developing a scientific approach to what patients have to tell us about their illness experiences »

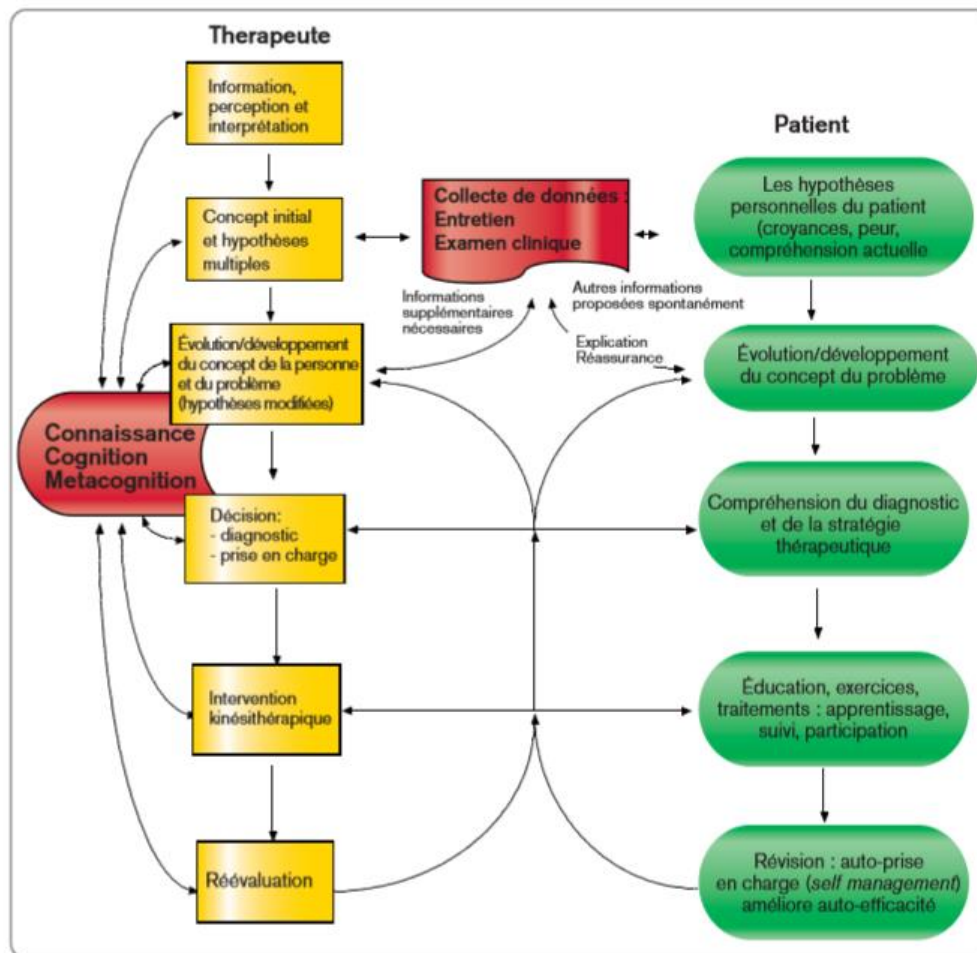


Figure 1. Prise de décision collaborative d'après Edwards et Jones (2007, p. 45)

« Nous sommes maintenant confrontés à la nécessité et au défi d'élargir l'approche de la maladie [disease] pour inclure le psychosocial sans sacrifier les énormes avantages de l'approche biomédicale »¹⁵ (Engel, 1977, p. 131).

L'intention d'Engel est très claire : il s'agit d'inclure les dimensions psychosociales sans sacrifier la démarche scientifique et les apports du modèle biomédical. C'est là tout l'intérêt de l'agencement systémique du modèle biopsychosocial.

¹⁵ « We are now faced with the necessity and the challenge to broaden the approach to disease to include the psychosocial without sacrificing the enormous advantages of the biomedical approach »

2.2. Un modèle systémique en niveaux hiérarchiques intégratifs

Le modèle biopsychosocial veut apporter une vue holistique à la médecine pour ne pas oublier que son objet est le patient. L'idée est de s'opposer au réductionnisme du modèle biomédical réduisant la maladie uniquement à des considérations biologiques. A première vue, cette approche holistique s'oppose à l'approche plus analytique du modèle biomédical. C'est au travers de la théorie des systèmes qu'Engel va proposer une solution pour dépasser cette opposition. Il emprunte ainsi à des biologistes comme Weiss et Bertalanffy des concepts prenant leurs racines dans la *gestalt*. Cette vision systémique hiérarchique lui permet d'aménager une place au modèle biomédical tout en le complétant par l'apport de niveaux plus complexes.

2.2.1. Contre le réductionnisme biologique : un modèle systémique en niveaux de plus en plus complexes

Engel trouve chez Weiss (1969) l'idée d'une analyse en niveaux reflétant la même structuration observable chez le vivant. Chez Bertalanffy (1972), il emprunte la notion de continuum hiérarchisé allant vers un maximum de complexité selon un principe d'organisation progressive.¹⁶ Chaque niveau supérieur est superordonné à des niveaux inférieurs moins complexes. Le premier schéma qu'emploie Engel (cf. Figure 2) reflète cette structure hiérarchique.

C'est cette organisation hiérarchique de l'ensemble qui permet de comprendre la problématique de santé comme un tout biopsychosocial chez Engel. L'avantage est que cette approche holistique ne s'oppose pas à l'analyse détaillée de chacune des parties. L'approche systémique permet à Engel de ne pas renier les apports du modèle biomédical. Les analyses physiologiques, biologiques, biomoléculaires... prennent ainsi place dans la partie inférieure de la hiérarchie. Comme le souligne son encadrement, le niveau « personne » est quant à lui central pour le médecin qu'est Engel. Ce qui peut se comprendre par la distinction entre les exigences d'un scientifique et celle d'un médecin : « dans le travail scientifique, le chercheur est généralement obligé de sélectionner un niveau du système sur lequel se concentrer, ou au moins pour commencer ses efforts. Pour le médecin, ce niveau du système est toujours celui de la personne, c'est-à-dire du patient »¹⁷ (Engel, 1980, p. 537).

¹⁶ En organisant une homologie entre les formes observées dans la nature et la forme même de la théorie, le modèle d'Engel peut être soumis aux mêmes critiques que la Gestalt.

¹⁷ « in scientific work the investigator generally is obliged to select one system level on which to concentrate, or at least at which to begin, his efforts. For the physician that system level is always person, i.e., a patient »

SYSTEMS HIERARCHY (LEVELS OF ORGANIZATION)

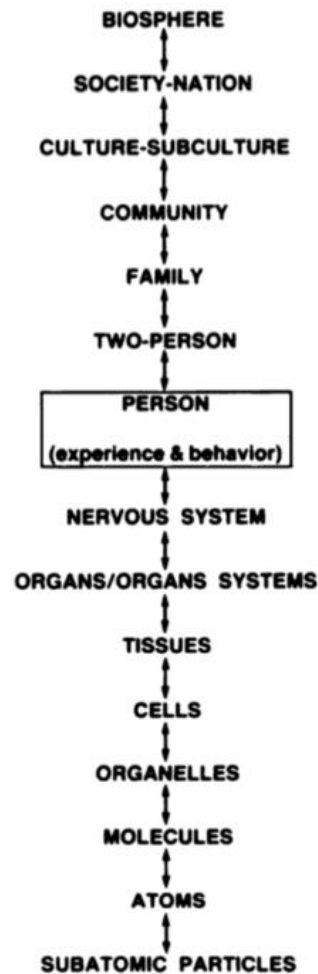


Figure 2. Les niveaux d'organisation hiérarchique du système naturel (Engel, 1980, p. 537)

Pour un exemple de relations inter et intraniveaux, nous renvoyons au cas fictif de « Mr Glover » victime d'une crise cardiaque présenté par Engel (Ibid.). Retenons de l'exemple seulement la forme de sa présentation (cf. Figure 3). Engel analyse la succession d'évènements « du pauvre Mr Glover » au travers de la grille d'analyse des niveaux hiérarchiques du modèle biopsychosocial. Chaque évènement vient perturber le système de par son intervention extérieure. L'exemple de « Mr Glover » nous renseigne sur deux autres caractéristiques du modèle systémique d'Engel : il s'agit d'un système ouvert et en équilibre.

Event 1: Coronary Artery Occlusion

EVENT #1 **SYSTEMS HIERARCHY** **INTRASYSTEM CHANGES**
(10-11:30 A.M.)

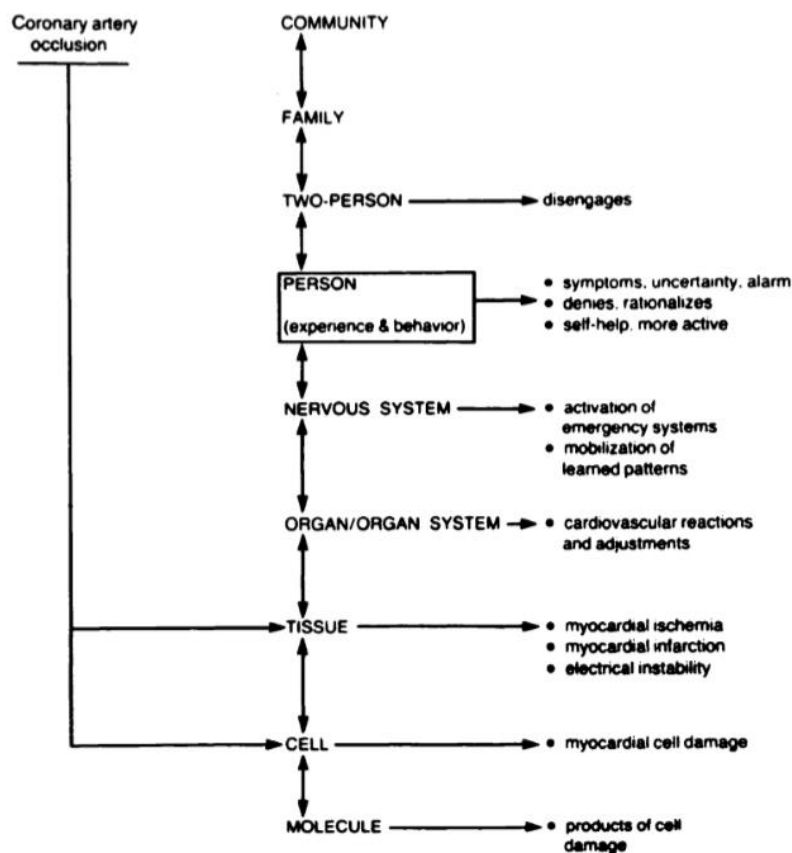


Figure 3. Le cas de « Mr Glover » (Engel, 1980, p. 539)

2.2.2. Pour résoudre le dualisme corps/esprit : une approche intégrative des systèmes

Une seconde difficulté que rencontre Engel avec le modèle biomédical est la séparation qu'il impose entre corps et esprit qu'il impose. Séparation comme nous l'avons vu qui existe aussi chez ses opposants. Là encore, c'est l'approche systémique du modèle biopsychosocial qui permet à Engel de dépasser cette opposition entre corps et esprit.

Chaque niveau est pensé comme un système à part entière possédant ses propres qualités et sa propre organisation interne. Chacun nécessite donc ses propres critères d'études. Tout en maintenant une démarche scientifique, le niveau « personne » (psychologique) n'utilisera pas les mêmes concepts ou les mêmes approches que les niveaux inférieurs. Dit autrement, les méthodes et les concepts qui décrivent le fonctionnement d'une cellule ne permettent pas de comprendre le fonctionnement d'une personne.

Un niveau possède aussi une double vie de système et de composante d'un système plus large : « chaque système comme un tout a ses propres caractéristiques et dynamiques uniques; en tant que partie, il est une composante d'un système de plus haut degré »¹⁸ (Engel, 1980, p. 537). Le statut et la fonction de chacun des éléments varient donc en fonction qu'on l'appréhende comme un tout ou bien en tant que composante du niveau supérieur.

La seconde représentation schématique proposée par Engel (cf. Figure 4) tente de rendre compte de cette structure intégrative du système. Une vision en poupée russe serait peut-être encore plus adéquate. Chaque poupée possède son existence propre et peut être manipulée indépendamment des autres. Mais pour redonner de la consistance à un niveau il est nécessaire de « remplir » chaque niveau inférieur.

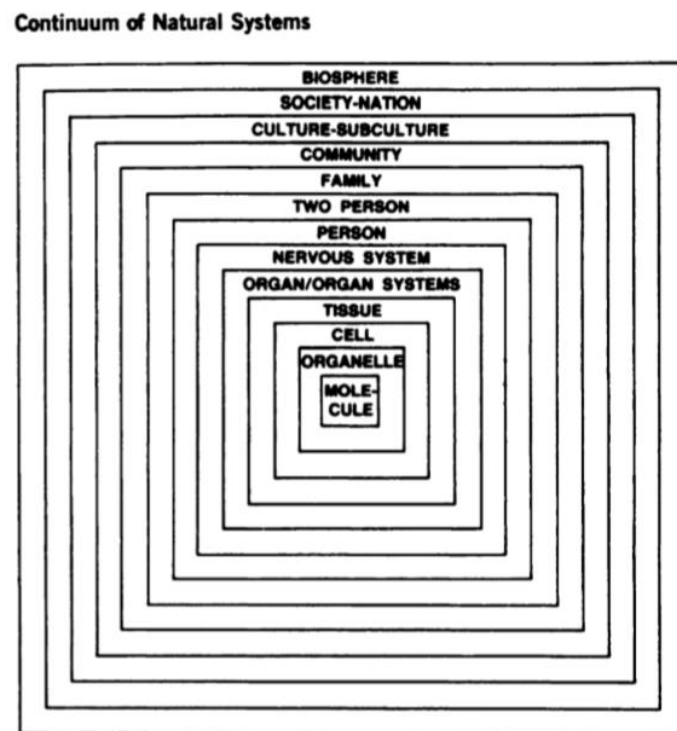


Figure 4. La continuité intégrative du système naturel (Engel, 1980, p. 537)

Avec chaque niveau supérieur apparaît de nouvelles caractéristiques qui ne peuvent pas être réduites à l'ensemble des caractéristiques du niveau précédent. Engel reprend un des fondements de la théorie de Weiss où, à chaque niveau, de nouvelles caractéristiques apparaissent sans pouvoir être décrites uniquement par les niveaux inférieurs. En tentant de décomposer l'ensemble d'un niveau uniquement selon les caractéristiques du niveau inférieur, les nouvelles caractéristiques seraient perdues. Les caractéristiques psychosociales, bien que forgées sur un substrat biologique, ne peuvent donc pas s'y réduire.

¹⁸ « each system as a whole has its own unique characteristics and dynamics; as a part it is a component of a higher-level system »

Nous ne reviendrons pas sur la propension du modèle biomédical à privilégier les problèmes du corps comme plus « réels » et davantage dignes de considération que ceux de l'esprit. Le but d'Engel n'est pas de dépasser le dualisme en créant un troisième terme. Ce n'est pas non plus d'établir des liens d'équivalence. L'approche systémique fournit une solution de type intégratif. Chacun des niveaux inférieurs en tant que système à part entière devient une composante du niveau qui lui est supérieur. Les éléments du niveau « système nerveux » jouent un rôle au niveau « personne » où trouve à s'exprimer les éléments psychologiques (peur, colère, stress...). Chaque niveau ayant sa propre dynamique, le rôle joué par les éléments du niveau « système nerveux » change de nature au niveau supérieur. De nouvelles caractéristiques se créent au niveau supérieur qui ne saurait se dissoudre entièrement dans les caractéristiques du niveau précédent. Ainsi, le psychologique se déploie au niveau « personne » en s'appuyant sur les niveaux biologiques inférieurs mais ne s'y résumant pas. L'approche systémique conserve une certaine forme de séparation entre le corps et l'esprit mais propose une organisation qui n'oblige pas la réduction de l'un à l'autre.

L'appréhension du modèle biopsychosocial d'Engel est parfois complexe du fait de sa double nature théorique et pratique. C'est aussi ce qui en fait toute sa force. La partie pratique du modèle a contribué au développement de pratiques cliniques comme par exemple les person-centered care, patient-center care, provider-patient relationships... (Epstein et Borrell-Carrio, 2005; R. C. Smith, 2002; R. C. Smith, Fortin, Dwamena et Frankel, 2013; Zhao, Gao, Wang, Liu et Hao, 2016).

Il a été tout autant fécond sur son versant théorique. Engel voulait en faire un modèle vivant et adaptable aux spécificités de chaque spécialité médicale. C'est sa conclusion quand il s'interroge sur qui devrait enseigner le modèle biopsychosocial. Les meilleurs enseignants du modèle « doivent être les médecins dont le modèle scientifique est biopsychosocial et qui démontrent, dans leur travail quotidien, une expertise dans les dimensions psychosociales de leur domaine d'exercice »¹⁹ (Engel, 1997, p. 805). Nous allons donc nous intéresser maintenant au modèle de la restauration fonctionnelle directement issu des recherches de praticiens (Mayer et Gatchel) confrontés aux difficultés de leurs pratiques quotidiennes. Ce modèle se revendique d'une approche biopsychosociale appliquée spécifiquement à la rééducation des TMS chroniques.

¹⁹ « [it] must be physicians whose scientific model is biopsychosocial and who exemplify, in their everyday work, expertise in the psychosocial dimensions of their particular area of practice »

3. Le modèle de la restauration fonctionnelle de Mayer et Gatchel : une référence importante pour les programmes multidisciplinaires

Le principe de restauration fonctionnelle est encore très utilisé dans les programmes de retour au travail des patients douloureux chroniques. Il a été développé dans les années 80 par le chirurgien Tom Mayer et le psychologue Robert Gatchel au travers de leur collaboration au Productive Rehabilitation Institute of Dallas for Ergonomics (PRIDE). Cette clinique est spécialisée dans la prise en charge de patients « avec des lombalgies chroniques complexes, sévères, ou invalidantes qui ne répondaient pas aux approches conventionnelles »²⁰ (Gatchel et Mayer, 2012, p. 300). Le programme au PRIDE obtient un stupéfiant taux de 82% de retour au travail à 1 an (Mayer et al., 1986). Des taux similaires (entre 77 et 81%) sont mentionnés dans des études réalisées aux États-Unis (Burke, Harms-Constas et Aden, 1994; Hazard et al., 1989). En France des taux légèrement inférieurs (entre 66 et 74%) sont retrouvés (Bontoux et al., 2004; Poiraudau, Duvallet, Dos Santos et Revel, 1999). Par contre, une étude Canadienne montre bien un taux de retour au travail d'environ 80% mais non statistiquement différent par rapport à un groupe contrôle (Mitchell et Carmen, 1994). Comme le note Alaranta (1994), les comparaisons sont rendues difficiles du fait des objectifs des études, des échantillons retenus notamment pour les groupes contrôles, de la conception même des études et des résultats mesurés (retour au travail à 6 mois, 1 an, 2 ans, maintien au travail, travail à temps plein/partiel, nombre de jours d'absence au travail...). Plus fondamentalement, ce sont les variations dans le contenu même des programmes qui rendent les comparaisons compliquées.

Il existe de multiples approches rééducatives pouvant utiliser le terme de restauration fonctionnelle : écoles du dos, « work hardening » ou autres programmes multidisciplinaires. Dans le cas présent, ce terme renvoie spécifiquement aux programmes et aux recherches issus des principes dégagés par Gatchel et Mayer (2008) « qui considère la douleur et le handicap comme une interaction complexe entre des facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux qui perpétuent ou aggravent la présentation clinique »²¹ (p. 65-66). Par la suite, nous emploierons indifféremment programmes multidisciplinaires et restauration fonctionnelle.

D'abord centrée sur la prise en charge de lombalgie chronique, la restauration fonctionnelle s'est progressivement ouverte à d'autres pathologies chroniques. Attention, « 'amalgamer' des patients avec le même diagnostic médical ou les mêmes symptômes (par exemple, fibromyalgie, LBP, TMD) ensemble et ensuite les traiter de la même manière n'est pas approprié »²² (Gatchel, 2004, p. 801). Gatchel récuse une prétendue homogénéité des patients douloureux et Mayer insiste sur la spécificité des approches en fonction des zones douloureuses ou lésées (Mayer, 1999). Ce sont

²⁰ « with complex, severe, or debilitating CLBP [Chronic Low Back Pain] that was not responsive to conventional approaches »

²¹ « which views pain and disability as a complex and dynamic interaction among physiologic, psychologic and social factors that perpetuate or worsen the clinical presentation »

²² « 'lumping' patients with the same medical diagnosis or set of symptoms (e.g., fibromyalgia, LBP, TMD) together and then treating them all the same way is not appropriate »

davantage les principes de la restauration fonctionnelle qui sont transférables que les méthodes utilisées pour la lombalgie chronique.

La restauration fonctionnelle n'est pas qu'une simple méthode de traitement de la lombalgie chronique, elle est « une conceptualisation plus large de son diagnostic, de sa gestion et des défis auxquels sont confrontés les cliniciens et les patients confrontés à cette pathologie »²³ (Gatchel et Mayer, 2008, p. 65). L'approche est structurée et méthodique. L'organisation même des publications scientifiques en groupes d'articles²⁴ permet une précision tout en organisant un dialogue entre les différents aspects du problème.

Avant d'aller plus loin, il est important d'apporter une précision sur les termes qui seront employés. Certaines notions sont en effet peu consistantes dans la littérature selon les périodes et les auteurs. En nous référant à Mayer et à ses collègues (Mayer, 1999; Mayer, Tabor, Bovasso et Gatchel, 1994), la performance humaine renverra à la performance physique évaluée à la fois par les capacités physiques (mobilité, force, endurance) et les capacités fonctionnelles (activités de vie quotidienne incluant le travail). L'évaluation des capacités physiques sert à mesurer la performance de la partie lésée de l'organisme. L'évaluation des capacités fonctionnelles sert à mesurer la performance du corps entier²⁵. En parallèle, des facteurs psychosociaux et des facteurs socioéconomiques sont pris en compte par le modèle de la restauration fonctionnelle.

Dans un premier temps, nous allons revenir sur les origines de la restauration fonctionnelle à partir de la critique de Mayer des « Pains Clinics » oubliant la prise en compte des performances physiques dans la prise en charge de douloureux chroniques. Cela permettra de mettre en avant la place fondamentale donnée à la quantification dans le modèle de la restauration fonctionnelle. Comme le souligne Kinney (1991) « la marque de fabrique de cette approche est la quantification objective de la fonction physique et psychosociale »²⁶ (p. 242). Dans un second temps, nous préciserons les relations entre le reconditionnement physique et les facteurs psychosociaux en détaillant le concept de « syndrome de déconditionnement » (Mayer et al., 1988). L'accent mis sur le reconditionnement physique explique pourquoi la référence à Mayer est prédominante. Pour autant, dès le début, les études réalisées à partir des résultats au

²³ « a wider conceptualization of its diagnosis, management, and the challenges facing clinicians and patients dealing with this condition »

²⁴ Par exemple « Quantification of a lumbar function » (1985) est une série de 6 articles portant respectivement sur : les techniques de mesure de la force du tronc, la force du tronc de patients lombalgique chronique, leur rotation du torse, leur capacité de port de charge, la fiabilité de techniques de mesure de la mobilité du tronc et sur l'utilisation des mesures psychologiques.

²⁵ Pour exemplifier la difficulté, le terme physique renvoi parfois à la mobilité/force/endurance, parfois il inclu en plus les capacités fonctionnelles. C'est pourquoi nous avons choisi de différencier performance physique et capacité physique. Le terme de fonction est encore plus problématique. Par exemple, chez Bendix « 'Function' alludes to physical as well as psychological issues. » (Bendix, Bendix, Busch et Jordan, 1996, p. 90). Dans les écrits de Mayer et Gatchel, la fonction semble davantage renvoyer au versant physique : « measurements of function provide the clinician with a baseline definition of patient physical capacity » (Mayer, 1999, p. 135). La partie psychologique semble décrite avec d'autres qualificatifs comme « psychosocial performance » (Gatchel et Mayer, 2008, p. 66) ou « behavioral health » (Gatchel et Mayer, 2012, p. 300). Quoiqu'il en soit, l'utilisation sémantique de la notion de fonction est variable en rééducation tout en demeurant son pôle d'attraction. « En rééducation tout est fonctionnel » (Wirocius, 2004, p. 140).

²⁶ « The hallmark of this approach is the objective quantification of physical and psychosocial function ». « Hallmark » se traduit littéralement par « cachet » dans le sens de marque de fabrique.

PRIDE laissent une place importante aux facteurs psychosociaux. Cette place ne cesse de prendre de l'ampleur avec l'avènement des approches biopsychosociales dans la prise en charge des lombalgies chroniques (Waddell, 1987). La référence à Gatchel devient de plus en plus incontournable. Pour terminer cette présentation du modèle de la restauration fonctionnelle, nous ferons un focus sur l'évaluation des capacités fonctionnelles. Loisel (2003) critique les programmes de restauration fonctionnelle se déroulant dans un environnement médical et ne prêtant que peu ou pas d'attention à l'environnement professionnel du travailleur. Pour notre part, nous tenterons davantage de mettre en avant comment est considéré le travail du patient/salarié au sein du modèle.

3.1. Une vision objective de la lombalgie chronique : la place déterminante de la quantification

Afin de bien saisir la philosophie de la restauration fonctionnelle, il est important de comprendre le revirement exercé par Mayer et ses collègues dans le statut accordé à la douleur dans la prise en charge de la lombalgie chronique. Il suit en cela Fordyce (1985) dans le constat que traiter le ressenti de la douleur, et non l'incapacité associée au comportement douloureux, n'a eu que peu de succès (Mayer et al., 1987). Les techniques de soins de son époque comme la chirurgie (Weber, 1978, 2009) ou les « pain clinics » (Sturgis, Schaefer et Sikora, 1984) sont jugées peu efficaces contre la lombalgie chronique. La douleur devient « la ‘queue’ qui remue le ‘chien’ médical »²⁷ (Mayer, Smith, Keeley, et al., 1985, p. 765) occultant l'importance de l'organisme et de la performance physique dans la lombalgie chronique.

Le principal reproche est adressé aux thérapeutiques du début des années 80 qui sont devenues « un ‘méli-mélo’ de techniques visant à modifier l'auto-évaluation de la douleur du patient »²⁸ (Mayer et al., 1986, p. 54). Les approches visées par la critique utilisaient principalement l'autoévaluation de la douleur et de l'incapacité comme principales mesures de leur succès thérapeutique. Pour Mayer « de telles données subjectives sont des mesures notoirement peu fiables de la réussite du traitement »²⁹ (Mayer, Gatchel, et al., 1985, p. 491). Les premières études sur ce qui deviendra les programmes de restauration fonctionnelle s'attachent donc à déterminer les outils adaptés et à créer des protocoles rigoureux permettant une évaluation quantifiée. Il s'agit d'obtenir des mesures physiques sur la force du tronc (Mayer, Smith, Keeley, et al., 1985; S. S. Smith, Mayer, Gatchel et Becker, 1985), la mobilité du tronc (Keeley et al., 1986; Mayer, Smith, Kondraske, et al., 1985) et les capacités fonctionnelles (Kishino et al., 1985). Ces mesures sont complétées par une autre série de mesures de données psychologiques et comportementales (Gatchel, Mayer, Capra, Diamond et Barnett, 1985).

²⁷ « the ‘tails’ that wags the medical ‘dog’ », l'expression anglaise « the tail wagging the dog » renvoi à l'idée d'un « monde à l'envers » ou c'est la queue qui remue le chien et non l'inverse.

²⁸ « a ‘hodge-podge’ of techniques aimed at altering the patient's self-report of pain »

²⁹ « such subjective reports are notoriously unreliable measures of treatment success »

L'évaluation quantitative des capacités physiques et fonctionnelles du tronc sont rendues difficiles par l'absence de membre controlatéral avec lequel une comparaison peut être faite. Mayer trouve la solution dans des technologies nouvelles (ex. mesure isocinétique de la force, Figure 5) et dans le développement de protocoles standardisés (ex. Progressive Isoinertial Lifting Test - PILE, Figure 5) permettant l'analyse quantifiée des capacités musculaires. Il demeure le problème de la comparaison de ces données à une normalité. Ce sera tout l'objet des premières études permettant d'obtenir une base de données et des comparaisons avec un groupe contrôle n'ayant pas de problème de santé (Mayer, Smith, Keeley, et al., 1985) ou ayant été suivi dans un « pain program » (Mayer et al., 1986).



Figure 5. A gauche, patient dans un prototype Cybex permettant le test de la force du tronc dans le plan sagittal (Mayer, Smith, Keeley, et al., 1985, p. 786). A droite, Progressive Isoinertial Lifting Test (PILE) au centre François Gallouedec.

En dépit des critiques de Mayer envers les programmes centrés sur la douleur, il leur reconnaît d'avoir permis de prendre en considération les facteurs psychosociaux dans la problématique de la lombalgie chronique. La douleur chronique défie le dualisme corps/esprit en tant que « modèle de comportement psychophysiologique complexe et interactif qui ne peut pas être divisé en des composantes psychologiques et physiques distinctes et indépendantes »³⁰ (Gatchel et al., 1985, p. 36). Cette approche de la douleur s'appuie sur le modèle du « Gate Control » (Melzack et Casey, 1968; Melzack et Wall, 1965) faisant de la douleur une expérience singulière des interactions des systèmes sensoriels et affectifs modulées par un processus cognitif. La douleur n'est donc ni biologique, ni psychologique (psychogène) : elle est les deux à la fois. C'est Gatchel qui s'attaquera à la question de la quantification de la part psychologique. Dans les premières études des années 80, une multitude de tests standardisés sont passés afin de déterminer les plus pertinents en fonction de leurs corrélations avec les performances physiques : Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Million Behavioral Health Inventory, Beck Depression Inventory, Quantitated

³⁰ « complex and interactive psychophysiologic behavior pattern that cannot be broken down into distinct, independent psychologic and physical component »

Pain Drawing (cf. Figure 6), Million Visual Analog Scale (cf. Figure 6 et Annexe 1 pour la version complète), Trail Making Test*, Weschler Adult Intelligence Scale*, Wide Range Achievement Test*, Rorschach*³¹.

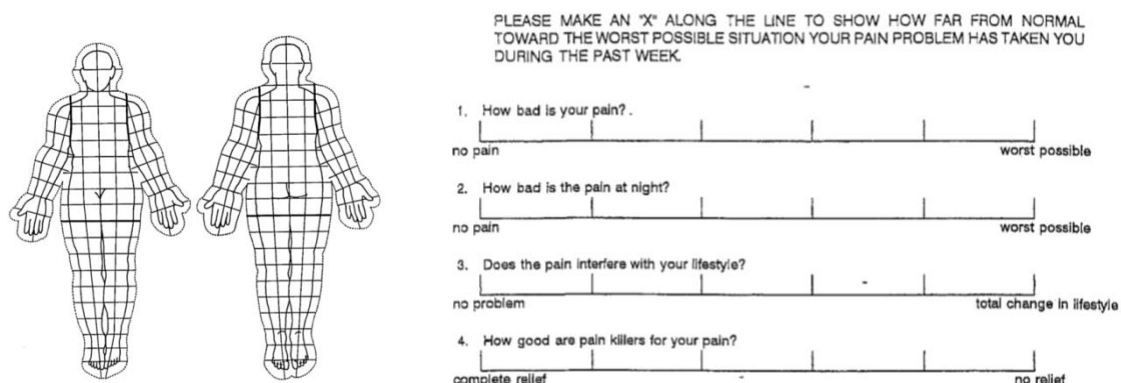


Figure 6. A gauche, le Quantitated Pain Drawing permettant de repérer la localisation et d'établir des scores de manifestation de la douleur (Gatchel et al., 1985). A droite, les 4 premières des 15 questions de la Million Visual Analog Scale (Anagnostis, Mayer, Gatchel et Proctor, 2003). La première question est plus connue sous le nom d'Échelle Visuelle Analogique (EVA).

En y prêtant attention, le reproche majeur qu'adresse Mayer aux prises en charge centrées uniquement sur le versant psychologique de la douleur est le même qu'il adresse à l'inconsistance des données objectives de l'évaluation de la performance physique. L'approche préconisée doit se focaliser en premier lieu sur les fonctions observables et objectivement évaluées (Gatchel, 1994, p. 109). La quantification est le principe clé permettant la mise en relation d'éléments qui autrement demeureraient difficilement comparables. Les démarches d'intervention et de recherche s'appuient sur une volonté systématique de quantification des données. Ce qui ne supporte pas la quantification est jugé douteux. Cette recherche systématique de la quantification pose cependant la question du rapport entre science, quantification, objectivité et subjectivité.

Un dernier point important de la critique de Mayer porte sur le choix de la qualité de vie, via le ressenti de la douleur, comme critère d'évaluation des résultats des programmes de rééducation : « la prolifération antérieure des 'pain clinics' a été stimulée principalement par une philosophie se focalisant sur 'la qualité de vie comme critère de résultat' plutôt que sur des critères d'impact socioéconomique»³² (Mayer et al., 1987, p. 1767). Cette préoccupation pour l'impact socioéconomique permet de mieux comprendre le choix du retour à l'emploi, des arrêts maladie ou de la consommation de médicaments comme critères principaux d'évaluation des programmes de restauration fonctionnelle. L'intention initiale sous-tendue par ses initiateurs est à peine voilée : « nous incluons des critères de

³¹ Lors des premières études, les tests marqués d'une étoile (*) ont été passés uniquement lors de la phase d'admission. Les autres ont été passés à l'admission et lors des phases ultérieures de la prise en charge.

³² « the earlier proliferation of 'pain clinics' was stimulated primarily by a philosophy of focusing on 'quality-of-life outcome criteria' rather than those having socioeconomic impact »

résultats «réalistes» dans la présente étude, principalement parce que c'est le coût social et économique de la lombalgie, plutôt que ses aspects médicaux, qui intéressent une grande partie de la société »³³ (Mayer, Gatchel, et al., 1985, p. 490). On comprend aussi un peu mieux les interprétations de Mayer et de ses collègues sur les raisons des performances non optimales aux tests « en raison de la connaissance du patient que les gains secondaires liés à son problème de dos seraient menacés par son rétablissement, et non par son incapacité physique »³⁴ (Mayer et al., 1986, p. 66). Ces interprétations mériteraient certainement d'être nuancées. Quoiqu'il en soit, en choisissant des critères d'évaluation comme le retour à l'emploi, le modèle de la restauration fonctionnelle introduit une dimension sociale dans la prise en charge des lombalgiques chroniques. La conception de la santé s'étend au-delà du simple cadre du soin et de la prise en charge en centre de rééducation.

L'apport de Mayer et ses collègues réside dans la prise en considération conjointe des dimensions biologiques, psychologiques et sociales dans un protocole de rééducation de la lombalgie chronique. Ces trois dimensions n'ont cependant pas le même statut. Retenons pour le moment que l'élément central demeure l'évaluation quantitative méthodique des performances physiques. C'est elle qui permettra de dégager le « syndrome de déconditionnement » (Mayer et Gatchel, 1988).

3.2. Le syndrome de déconditionnement : une baisse des performances physiques modulée par des facteurs psychosociaux

Le syndrome de déconditionnement mis en avant par Mayer et Gatchel est déterminé par une baisse significative des performances physiques dans le cas d'une lombalgie chronique. Mayer prête peu d'attention aux signes neurologiques tels que le signe de Lasègue, les sensations ou les réflexes. Pour lui, ce sont des informations davantage significatives dans la phase aiguë de la lombalgie. Dans la phase chronique, ces signes ne reflèteraient plus généralement qu'une fibrose périurale et d'autres anomalies anatomiques permanentes et non corrigibles (Mayer, 1999, p. 134). Son intérêt va donc se porter sur la performance du dos en tant que « maillon faible » (force, endurance et mobilité) et de l'organisme entier (capacité aérobie, performance dans les activités de vie quotidienne) : « la réponse est le test des performances humaines pour évaluer la perte de capacité »³⁵ (Ibid., p. 134). La mesure de ces performances mettra en avant des limitations significativement plus importantes chez un groupe de lombalgiques chroniques par rapport à une population de référence (Mayer et al., 1987; Mayer, Gatchel, et al., 1985; Mayer, Smith, Keeley, et al., 1985). C'est

³³ « we include such "realistic" outcome criteria in the present investigation primarily because it is the social and economic cost of back pain, rather than its medical aspects, that is of greatest interest to a large portion of society »

³⁴ « due to patient recognition that secondary gain aspects of their back pain would be threatened by getting well, not by physical incapacity »

³⁵ « the answer is human performance testing to assess the debilitation cascade »

l'ensemble de ces limitations physiques qui seront dénommées « syndrome de déconditionnement ». Ce syndrome est déterminé exclusivement par des capacités physiques mais peut être modulé par une dysfonction biomécanique liée à une blessure, une cicatrice chirurgicale ou des facteurs psychosociaux.

L'explication du syndrome est essentiellement iatrogène. Il apparaît après 4 à 6 mois d'inactivité, peu importe l'origine : traitement médical passif, repos, immobilisation... Dans les écrits de Mayer, deux explications successives au phénomène physiologique sont proposées :

- Il se réfère en premier à la loi de Wolff qu'il adapte aux tissus mous (Mayer et al., 1986, p. 53), loi selon laquelle l'os adapte sa structure en fonction de la contrainte à laquelle il est soumis (Meyrueis, Cazenave et Zimmermann, 2004).
- Ultérieurement, Mayer se réfèrera à la prise en charge des blessures méniscales lors de la seconde guerre mondiale adaptée aux footballeurs. Le déconditionnement des sportifs issu de l'immobilisation est perçu comme un facteur limitatif à la récupération. Cette vision a permis une révolution dans les traitements proposés. Facilement adaptable aux troubles du rachis, l'inactivité mène à la perte de performance générale de l'organisme entraînant une perte des capacités physiques. En parallèle, les tissus péri-articulaires autour de la partie blessée perdent en fonctionnalité à mesure que la sous-utilisation se prolonge. Ces changements créent un « maillon faible ». Les capacités physiques de ce maillon faible doivent être mesurées plus spécifiquement que celles des autres régions. Dans le cas des lombalgies, il s'agit des articulations et des muscles de la région lombaire.

Parmi les causes du déconditionnement, les facteurs psychosociaux occupent une place de premier ordre. De multiples facteurs sont considérés comme pouvant affecter la performance physique : la peur de se blesser, l'inhibition neuromusculaire, la dépression, le cercle « pain-tension-pain » et la surprotection de l'environnement social (famille, acteurs sociaux...) (Mayer et al., 1994, p. 389). L'idée d'une sous-utilisation progressive (« disuse ») est inspirée du modèle cognitivo-comportemental dit de la « peur-évitement » (cf. Figure 7). Certains auteurs ont tendance à utiliser « disuse » et « deconditionning » comme synonymes³⁶ (Henchoz, 2011). Nous nous plaçons davantage dans une conception où le « disuse », comme « sous-utilisation progressive » de la zone lésée, est une réponse comportementale à distinguer du syndrome déconditionnement qui en est une des conséquences (Verbunt et al., 2003).

³⁶ « disuse » comme « the state of no longer being used » (*Longman dictionary of contemporary English*, 1994) peut se traduire littéralement par « désuétude », cela correspond dans le cadre qui nous intéresse à une baisse progressive d'utilisation. Certaines traductions emploient le terme « d'abandon » (Vlaeyen et Crombez, 2009), nous lui préférons celui de « sous-utilisation progressive ». Les écrits anglo-saxons semblent faire une différence entre les deux termes, au contraire des utilisations francophones qui tendent parfois à traduire « disuse » par déconditionnement (Cherin et de Jaeger, 2011; Jammet, Aguerre, Laroche, Guy-Coichard et Rostaing, 2013) entraînant une confusion préjudiciable. Cette remarque mériterait une analyse plus détaillée pour être confirmée.

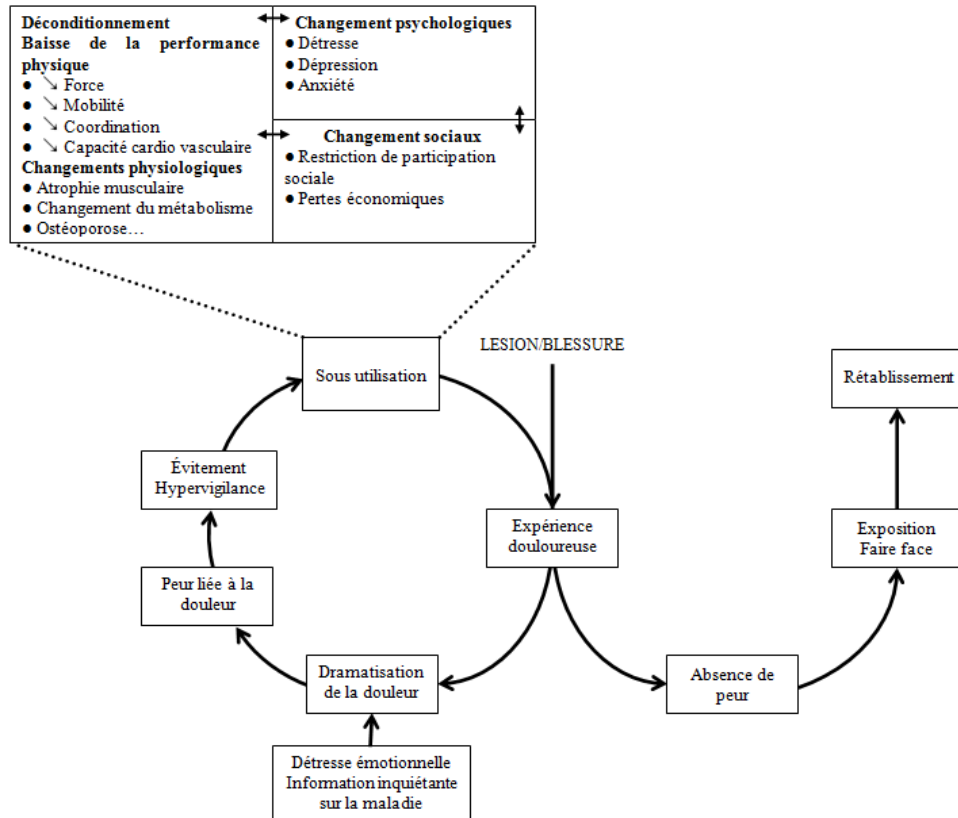


Figure 7. Modèle cognitivo-comportemental de la peur-évitement et du déconditionnement adapté d'après Vlaeyen et Linton (2000)

Pour sa part, Gatchel (1996) propose de superposer le déconditionnement physique avec un modèle en 3 étapes de passage à la douleur chronique (cf. Figure 8). Il existerait un double sens d'interaction entre le déconditionnement physique et le passage à la douleur chronique permettant des allers-retours entre les dimensions psychologiques et biologiques.

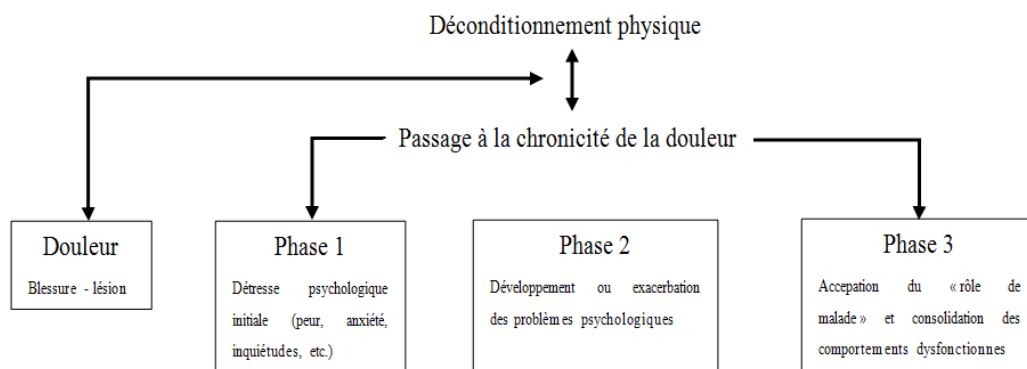


Figure 8. Modèle de la transition d'une douleur aiguë vers une douleur chronique d'après Gatchel (Gatchel, 2004; Gatchel et al., 1996)

La prise en considération du syndrome de déconditionnement possède des implications importantes pour la pratique rééducative. Les programmes de restauration fonctionnelle ont été conçus comme une nouvelle approche de la lombalgie (Mayer et al., 1986). La mesure répétée des capacités fonctionnelles tout au long de la prise en charge guide la rééducation vers des buts chiffrés de gains physiques à atteindre. Même si le physique est au centre, le processus de rééducation intègre un programme multimodal de gestion de la douleur. L'intention étant, dans un premier temps, d'aider le patient à mieux gérer la douleur générée par le programme lui-même du fait de l'intensité des exercices demandés. Le principe fondamental est de « forcer » une modification comportementale pour permettre une amélioration des performances physiques. C'est ce regain de performance qui doit modifier en retour les composantes subjectives de la douleur : « nous avons constaté qu'il n'y aura habituellement aucun changement majeur dans l'expression subjective de la douleur et du handicap sans amélioration du niveau fonctionnel »³⁷ (Gatchel, 1994, p. 109). Garder l'attention sur la fonction sert de fil rouge au programme, et évite les perturbations (ex. une attention sur le ressenti de la douleur) pour une approche rééducative efficace.

Même si l'existence du syndrome de déconditionnement a pu être mise en doute, une revue de littérature de 2006 (Smeets et al., 2006) convient de l'efficacité des programmes de reconditionnement vis-à-vis des techniques passives dans le traitement des lombalgies chroniques. Les raisons de cette efficacité sont difficiles à évaluer du fait de la disparité des programmes. Ceci amène les auteurs à penser que c'est davantage la « réactivation » que le renforcement musculaire en tant que tel qui permet de réduire l'incapacité. Cela suit l'idée de Bendix, Bendix, Busch et Jordan (1996) qui font de la quotidienneté de la rééducation un instrument permettant au patient d'avoir l'impression d'être capable de reprendre une activité professionnelle.

³⁷ « we have found that there will usually be no major change in the subjective expression of pain and disability without an improvement in functional level »

3.3. Le rapport entre travail et Évaluation des Capacités Fonctionnelles : l'exemple du port de charge

Dans cette partie, nous allons nous attarder sur le lien qu'instaure le modèle de la restauration fonctionnelle entre les évaluations des capacités fonctionnelles et le travail du patient. L'idée d'un reconditionnement à l'effort ciblant le travail s'effectue aux travers de « tâches reliées au travail comme soulever, se pencher, se tourner, s'accroupir et grimper »³⁸ (Kinney et al., 1991, p. 238). Certaines tâches sont considérées comme plus pertinentes dans l'évaluation des capacités fonctionnelles en fonction de la zone de la déficience ciblée. Par exemple, Mayer pense que « pour la zone lombaire, les activités impliquant de se fléchir sous une charge (i.e. soulever) sont généralement considérées comme les plus pertinentes »³⁹ (Mayer, 1999, p. 137) même si d'autres auteurs mettent en avant d'autres tâches comme s'asseoir, marcher, courir grimper... (Bendix et al., 1996). La littérature sur la restauration fonctionnelle évoque essentiellement ces Evaluation des Capacités Fonctionnelles générales (ECF ou « Functional Capacity Evaluation No Job » en anglais) selon la typologie d'Innes et Straker (2003). Quoiqu'il en soit, le port de charge est la tâche à laquelle il est fait le plus souvent référence comme « paradigme » des activités professionnelles mobilisant le dos, le principe étant que l'évaluation « reflète les capacités de port de charge dans la vraie vie »⁴⁰ (Bendix et al., 1996, p. 91).

3.3.1. Le port de charge : une tâche courante de la vie quotidienne

Les activités de vie domestique sont remplies de tâches nécessitant le port de charges. Rien que le fait d'aller faire nos courses nous confronte à de multiples aspects de la question : mettre ses achats dans un caddie, les transférer dans le coffre de sa voiture, porter les sacs dans sa maison ou ranger les affaires dans les placards. Ces tâches du quotidien, nécessitant de porter une charge, peuvent s'exercer dans des cadres très variés qu'ils soient affectifs (ex. porter son enfant dans les bras), ludiques (ex. ramasser une boule de bowling) ou contraints (ex. sortir ses poubelles).

Le travail n'échappe pas à la règle. Près de 33% des travailleurs européens portent des charges lourdes pendant au moins le quart de leur temps de travail (Eurofound, 2012). L'enquête démontre aussi que les efforts physiques ne sont pas réservés aux travailleurs manuels (46% des travailleurs ont des postures fatigantes et douloureuses), même si les ouvriers restent largement exposés aux ports de charges (Arnaudo et al., 2004).

Il est donc communément admis que le port de charge représente une opération courante dans le cours des activités humaines. Les premières études sur la restauration fonctionnelle se réfèrent au constat épidémiologique reliant métiers pénibles, port de charge et problèmes de dos (Andersson, 1981; Frymoyer et al., 1980) qui sera confirmé par

³⁸ « work-related tasks as lifting, bending, twisting, squatting, and climbing »

³⁹ « in the low-back area, activities involving bending under load (i.e., lifting) are generally considered the most relevant »

⁴⁰ « reflects capabilities of lifting in real life »

des études ultérieures (Da Costa et Vieira, 2009; Nelson et Hughes, 2009). Il est notamment fait référence à l'étude de Wells (Wells, Zipp, Schuette et McEleney, 1983) mettant en évidence le lien entre problèmes cervicaux, d'épaules et de dos et tâches de travail. L'étude compare plusieurs groupes professionnels ayant des contraintes différentes : postiers avec et sans port de lettres supplémentaires, gaziers ayant une tâche similaire de marche au postier mais sans port de charge et des agents en bureau de poste.

Mais l'étude qui, à notre sens, s'est révélée déterminante pour le principe de la restauration fonctionnelle est celle de White et Gordon (1982). Celle-ci met en avant que les travailleurs risquant d'avoir des problèmes de dos seraient d'abord ceux portant fréquemment des charges suivis de ceux n'en portant que rarement. Finalement, les travailleurs ayant le moins de risque d'avoir des problèmes de dos seraient ceux ayant une activité modérée de port de charge⁴¹. Ce qui suggère que la « sur-utilisation » serait seulement légèrement plus dangereuse que la « sous-utilisation », tandis qu'une capacité optimale de port de charge serait mieux entretenue par une activité physique régulière et modérée (Kishino et al., 1985).

Suite aux éléments précédents, il semble donc logique que l'évaluation des capacités fonctionnelles en lien avec le travail occupe une place importante au sein du programme de restauration fonctionnelle. L'objectif est double (Fore et al., 2015) :

- Premièrement, l'évaluation est utilisée pour identifier les limitations actuelles des patients et leur degré d'incapacité afin de construire un planning de prise en charge rééducative.
- En second, l'évaluation peut servir de facteur prédictif au type d'emploi qu'un patient peut exercer en sécurité.

L'exercice type de rééducation semble être la simulation de travail, souvent mentionnée, rarement décrite. Il est compréhensible que le contenu en soi ne puisse pas être décrit du fait de la diversité des situations de travail concernées. Cependant, il n'est pas, non plus, fait mention de la méthode ou des principes d'une telle mise en situation ou simulation. Durant le programme de restauration fonctionnelle, l'élément quasi exclusif retenu et mentionné est la répétition de tâches de port de charge comme simulation de travail (Mayer et al., 1986), cette mission et tout ce qui a attiré au travail semble dévolue aux ergothérapeutes (Gatchel et Mayer, 2012; Kinney et al., 1991).

Le travail du patient semble être considéré de façon très réductionniste. Il est « découpé » selon les fonctions qu'il sollicite (porter, pousser, se pencher, grimper...), la plus fréquente étant le port de charge vu comme une succession de manutentions potentiellement adaptables selon les contraintes professionnelles (poids, hauteur, fréquence...).

⁴¹ Bien que des résultats ultérieurs ne semblent pas confirmer ces résultats (Lötters, Burdorf, Kuiper et Miedema, 2003), il est difficile de conclure définitivement. L'étude de White et Gordon catégorise 3 groupes de population selon la fréquence de port de charge (<50, 50<x<100 et >100 par semaine) quand Lötters propose d'analyser les données en faible et forte exposition en fonction du poids de la charge (<15kg, >15kg). Pour Lötters, s'agissant d'une revue systématique, il est probable que l'auteur n'ait pas eu accès aux données originelles. Il semble donc difficile de connaître la forme exacte de la distribution des résultats.

Bendix fait ainsi référence à la partie « entraînement ergonomique »⁴² (Bendix et al., 2000, p. 2497) de son programme en le découpant en : port de charge à différentes hauteurs, déplacement de « LEGO® blocks » du sol sur une structure murale pour créer des figures (cf. Figure 9), exercices de tirer et pousser, maintien d'une position assise ou debout de travail. A chaque fois, l'objectif est de trouver des ajustements gestuels « optimum » en vue du retour du patient à son poste de travail.



Figure 9. Exercice de déplacement de blocs du sol au mur au centre François Gallouedec

3.3.2. Le port de charge comme paradigme fonctionnel des tâches mobilisant le dos

De prime abord, il semble peu probable que, même des employés de l'entreprise LEGO®, soit amenés à prendre des briques au sol pour les disposer devant eux sur un mur. En fait, il n'est pas évident que la restauration fonctionnelle prenne réellement pour objet le travail quotidien des patients. Mais comment comprendre la relation entre le geste produit durant la rééducation et le geste professionnel ?

Si nous reprenons pour exemple le port de charge, le modèle de la restauration fonctionnelle apporte la réponse par un déplacement de référentiel de la notion même de port de charge. La restauration fonctionnelle ne vise pas directement l'action du patient dans son contexte spécifique et quotidien de travail, le port de charge est conçu comme « un paradigme fonctionnel des activités quotidiennes de levage »⁴³ (Curtis, Mayer et Gatchel, 1994, p. 401). Le port de charge de la restauration fonctionnelle fait bien référence à l'action produite dans le cadre des évaluations des capacités fonctionnelles (port de charge isocinétique, ex. Moflex®, cf. Figure 10 ; et port de charge isoinertielle, ex. PILE). Curtis compare le port de charge avec la course qui serait, elle, le paradigme fonctionnel des activités quotidiennes pour les chevilles et les genoux. La référence est le patient et non le travail. Le port de charge est alors une sorte de mouvement générique, reproductible et pouvant se prêter à la mesure.

⁴² « ergonomic training »

⁴³ « a functional paradigm for lumbar spine activities of daily lifting »



Figure 10. Evaluation isocinétique du port de charge (Moflex®) et affichage des résultats

Le parallèle peut être fait avec le Dictionary of Occupational Titles (DOT) (United States Department of Labor, 2017). Ce document, décrivant les métiers, est encore utilisé aux Etats Unis par les assurances ou pour la réorientation professionnelle même si sa validité peut faire l'objet de critique (Opsteegh, Soer, Reinders-Messelink, Reneman et van der Sluis, 2010). Le DOT propose une classification des métiers en fonction de leur exigence physique⁴⁴. Cette exigence physique est uniquement évaluée en fonction des contraintes de port de charge. Cette classification serait le « paradigme » des contraintes physiques pour la profession concernée. Il est ainsi possible d'envisager la possibilité du retour à l'emploi en comparant la capacité *générique* du patient à soulever des charges à l'exigence *générique* de port de charge dans le métier (Fore et al., 2015) dans une logique « d'adéquation à la fonction professionnelle »⁴⁵ (Isernhagen, 2006).

L'idée n'est pas récente. Gabriel Bidou⁴⁶, un des pères de la rééducation en France, étudie scientifiquement les exigences physiques de 23 professions (forgerons, matelassier...) dès les années 1920. Cela lui servira de référence

⁴⁴ La classification des exigences physiques du DOT contient 5 niveaux : sédentaire, léger, moyen, lourd, très lourd. L'Annexe 2 montre un exemple de description de métier selon le DOT. A noter que le DOT est remplacé par O*Net. Le Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois (ROME) serait plus ou moins l'équivalent Français. Il est d'abord conçu pour regrouper les métiers en fonction de contraintes et d'environnement de travail apparaissant similaire. Il est encore utilisé aujourd'hui par les professionnels de l'insertion et très largement par Pôle Emploi.

⁴⁵ « job function matching ». Le texte d'Isernhagen a le mérite de soulever un important problème de traduction. Ici, nous utilisons *professionnel* pour traduire le terme *job*. Dans le texte original, *job* peut aussi renvoyer à l'emploi ou au poste de travail dans l'entreprise. Nous même, nous employons le terme de *job* dans la traduction anglaise du titre de cette thèse pour traduire le concept de *métier*. Nous suivons en cela les traductions des textes d'Yves Clot. Cependant, il nous semble que, parfois, le terme de *trade* pourrait davantage convenir et moins prêter à confusion même s'il possède lui aussi ses limites.

⁴⁶ Le parallèle entre Bidou et Mayer est saisissant à plus d'un titre. Bidou insiste sur la nécessaire organisation scientifique des soins apportés aux « impotents ». Il propose des concepts comme : l'orthopédie instrumentale, la récupération fonctionnelle, la thérapie mécanique... en s'appuyant sur des disciplines comme la mécanique (utilisation d'appareillage pour la rééducation et la compensation) et la physique (dans un souci de précision et de mesure). Dans cette perspective, l'homme est considéré « comme une "machine humaine" soumise aux lois de la mécanique générale » (Wirocius, 1999, p. 6). Il étudiera le fonctionnement humain à la manière de son contemporain Ford mais dans un objectif tout autre. Au-delà des techniques et des concepts, il

par rapport à des mesures effectuées sur ses patients. Les mesures sont effectuées à l'aide d'appareils sophistiqués pour l'époque (cf. Figure 11). La différence permet d'évaluer ce que Bidou nomme « déficience » et d'anticiper la possibilité d'un retour à l'emploi.

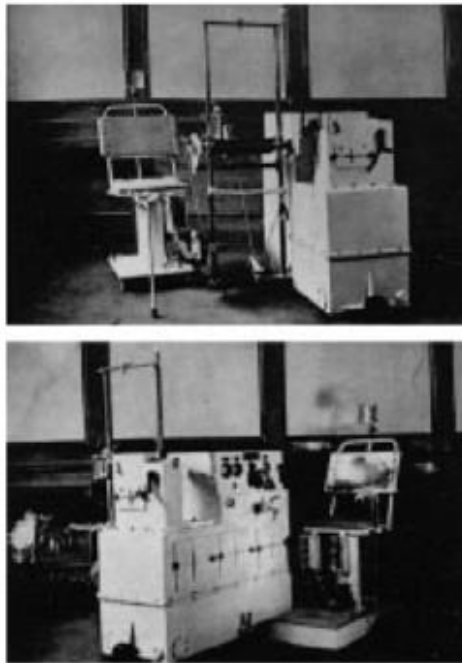


Figure 11. L'énergamètre enregistreur

L'évaluation des capacités de port de charge pose cependant un souci. Les résultats des patients, à la fin de la rééducation, sont parfois très proches de ceux de la population de référence (Curtis et al., 1994). Pour autant, leurs autres capacités physiques sont limitées. L'explication avancée s'appuie sur le fait que le port de charge est une opération engageant tout le corps alors que l'évaluation de la force et de la mobilité du tronc évalue essentiellement le « maillon faible ». Le port de charge comme une « tâche engageant tout le corps »⁴⁷ (Ibid., p. 401) permet l'utilisation du principe de substitution d'un lien biomécanique faible par un plus fort. Cette substitution permet un fonctionnement d'« apparence normal »⁴⁸ (Ibid., p. 404) au cours d'un test de port de charge alors qu'un déficit est tout de même présent. Cela peut en partie expliquer pourquoi l'évaluation de bonnes performances prédit

posera les bases de ce qui deviendra la rééducation moderne : un soin dans des services spécialisés (hors des hôpitaux qui ne sont pas fait pour s'occuper des séquelles), une prise en charge précoce par rapport à la survenue de la déficience (avant « enraidissement »), des traitements intensifs et journaliers, une association de traitement (spécialisation et diversification des métiers se faisant, on appellerait cela aujourd'hui une approche pluridisciplinaire). Les préoccupations économiques sont déjà présentes « Les chefs qui ont eu [...] des collaborateurs dévoués, ne peuvent se séparer d'eux, devenus amoindris, sans un regret bien naturel. Cependant, les exigences du prix de revient ne leur permettent pas leur complaisance au-delà d'une certaine limite » (Bidou, 1934; cité dans Wirotius, 1999, p. 8).

⁴⁷ « whole body-tasks »

⁴⁸ « appearance of normal functioning »

modérément le retour au travail (Matheson, Isernhagen et Hart, 2002) et pas du tout le maintien au travail (Gross et Battié, 2005). Mais ce n'est pas tant l'explication qui nous semble intéressante que l'utilisation du terme d'« apparence normale ». L'évaluation quantitative ne permet pas de retranscrire la complexité avec laquelle le patient mobilise son corps pour justement donner des apparences de normalité. Pour le dire plus simplement, $5+3$ n'est pas la même opération que $2+6$ même si le résultat est apparemment identique. Le résultat à un test de port de charge est davantage un aperçu de ce que le patient peut faire que ce qu'il fait réellement au quotidien (Van Rooij et al., 2015).

Cette vision des tâches fonctionnelles, type port de charge, comme paradigme des activités de vie quotidienne reflète peu la diversité et la complexité des manutentions manuelles démontrée par les études ergonomiques (Denis et al., 2013). En se focalisant sur les dimensions biomécaniques, il reste peu de place pour la prise en considération des compétences, des savoir-faire ou du collectif de travail (Caroly et al., 2008).

4. Le travail comme point aveugle des programmes multidisciplinaires

Dès les débuts du modèle de la restauration fonctionnelle, les préoccupations médico-économiques orientent les regards vers les coûts reliés aux patients, que ce soit les coûts de l'inactivité professionnelle ou des coûts sanitaires engendrés. Mais cette focale sur le patient semble d'ordre plus général, pouvant créer une zone d'ombre sur le travail au sein des programmes multidisciplinaires.

4.1. La « tentation du patient »

Comme nous le verrons, l'intervention menée au centre Gallouedec avait explicitement pour objet le travail des ergothérapeutes. Ceux-ci ont été confrontés à des enregistrements vidéo de leur travail selon la méthode des autoconfrontations. Or, fait significatif, nous avons pu noter une tendance des ergothérapeutes à orienter leur regard sur le patient plutôt que sur leur propre travail. C'est ce que nous pouvons noter, par exemple, dans le court extrait d'autoconfrontation croisée ci-dessous. L'analyse des ergothérapeutes se développe davantage vers ce que fait le patient dans la vidéo : 8 pronoms renvoient au patient (il, lui) contre seulement 2 aux ergothérapeutes (on, moi).

- | | |
|----|--|
| 1. | Mt. Là <i>il</i> [le patient] est hyper spontané quand même. |
| 2. | F. Oui. |
| 3. | Mt. Ca <i>lui</i> enlève pas ça. |
| 4. | F. Ca ne <i>lui</i> enlève pas la spontanéité |
| 5. | Mt. <i>Il</i> ferait probablement. |
| 6. | F. <i>Il</i> ferait probablement comme ça parce qu'il a intégré de faire comme ça et <i>on</i> voit bien que sa gestuelle sur le spontané, le ramassage des cubes ou de ses lunettes et dans le port de charge <i>il</i> est déjà dans deux choses très différentes. <i>Il</i> a bien étiqueté les deux situations. <i>Moi</i> c'était ça qu'il m'importait de voir ici. |

Extrait 1. Autoconfrontation croisée entre deux ergothérapeutes : orientation du dialogue sur le patient

Nous retrouvons aussi cette tendance dans les différents groupes de travail tout au long de l'intervention. Chose notable durant la réunion bilan de l'intervention, les ergothérapeutes ont réorienté régulièrement la discussion sur leur travail, certes auprès des patients, mais leur travail tout de même. Durant la réunion bilan de l'intervention, l'objet du discours entre les ergothérapeutes et les autres participants était mobile. Là où les deux médecins présents développaient un discours prenant pour objet central le patient, les ergothérapeutes souhaitaient parler de leur travail quotidien de rééducation. D'un côté, l'attention portée par les ergothérapeutes à leur travail est une trace des effets de l'intervention. D'un autre, cela nous renforce dans l'idée qu'il existe une tendance à porter son attention sur le patient, objet habituel du travail des rééducateurs et des médecins. Cette focalisation aura tendance à orienter les explications autour du patient, de ses caractéristiques psychologiques (habitudes, personnalité, histoire personnelle) ou environnementales (tâches de travail, entreprise, collègues), laissant ainsi une ombre sur les effets potentiels de la rééducation et encore davantage sur le travail réel des professionnels de santé. Cela recoupe des résultats dans

d'autres domaines comme celui de l'activité enseignante qui a longtemps été négligé dans les analyses sur le système éducatif au profit d'une attention particulière sur les élèves (Roger, Ruelland et Clot, 2007). Les modèles construits à partir de ce type d'analyses influencent donc la façon de voir son propre travail, paradoxalement sans le voir, pour pouvoir prendre soin d'autrui qu'il soit élève ou patient.

4.2. Le travail des professionnels de santé, la « boîte noire » des programmes multidisciplinaires

Durand (2012) évoque une « boîte noire » dans les recherches sur la réadaptation professionnelle faisant des programmes multidisciplinaires une zone d'ombre. Le contenu et le déroulement même à l'intérieur des programmes ne sont que succinctement décrits dans les études et ne sont que rarement l'objet de la recherche. Ces programmes sont traités comme une simple variable binaire (absence ou présence de l'intervention). Cela laisse aussi supposer une certaine homogénéité entre eux, ce qui est peu probable. La critique porte sur la partie « intervention en entreprise » des programmes de réadaptation. Elle nous semble aussi valable sur la partie rééducative.

Au-delà de la question de l'économie des programmes, c'est aussi la question de la fidélité de leur implantation entre le prévu et le réalisé que pointe du doigt l'étude de Durand en 2012. Cette étude sur un programme particulier montre d'ailleurs une certaine fidélité, mais aussi des différences avec ce qui était prévu par le protocole : la nature de la collaboration entre le médecin traitant et l'équipe multidisciplinaire, les délais entre les étapes du programme.

Dernier point, et non des moindres, les études existantes présentent la durée et l'organisation des programmes, elles ne rentrent que peu dans le détail du travail des professionnels de santé. On retrouve quelques études, un peu éparées, sur le travail pluridisciplinaire (Loisel, Durand, Baril, Gervais et Falardeau, 2005; Papadimitriou et Cott, 2015; Ståhl, Svensson, Petersson et Ekberg, 2009), sur la consistance des pratiques professionnelles et le respect des bonnes pratiques (Côté, Durand, Tousignant et Poitras, 2009; Hush, 2008; Ikezawa, Battié, Beach et Gross, 2010), sur les approches en kinésithérapie (Josephson, Bülow et Hedberg, 2011; Josephson, Hedberg et Bülow, 2013) mais toutes ne sont pas forcément en lien avec les programmes de rééducation qui nous intéressent.

Une certaine convergence semble exister entre l'idée de la « boîte noire » évoquée par Durand et la tendance que nous avons relevée en autoconfrontation d'orienter son regard vers le patient et non sur son propre travail. Malgré la multiplicité des études portant sur les programmes multidisciplinaires, le contenu et le travail réellement effectués au sein de ces derniers demeurent un point aveugle. Il est vrai qu'Engel évoque le travail d'un professionnel de santé particulier, le médecin dans le cadre essentiellement de l'entretien clinique, mais l'organisation de son modèle focalise l'attention sur le patient en le plaçant en position centrale au sein du système. Quant au modèle de la restauration fonctionnelle, il se concentre sur le patient et les protocoles utilisés, le travail des thérapeutes est peu

évoqué. Par ailleurs, même si l'impact socioéconomique de la maladie est souvent mis en avant, la question du travail des patients n'est souvent considérée que sous l'angle du retour à l'emploi ou celui de paradigmes fonctionnels (le port de charge par exemple). Les modèles théoriques présentés tendent, au mieux, à positionner les professionnels de santé comme des prescripteurs d'actions que les patients réalisent. Cette perspective fait de ces acteurs de simples éléments du modèle, « écrasant » ainsi leur travail et la conflictualité propre à toute activité.

Finalement c'est un double point aveugle relié au travail, que ce soit celui des thérapeutes ou des patients, qui semble exister. Le travail des thérapeutes est souvent absent des modèles là où celui des patients est assimilé à leur emploi. Cela nous renforce dans l'idée de tenter d'ouvrir la « boîte noire » en s'intéressant au travail quotidien des professionnels de santé au sein des programmes multidisciplinaires quand ils s'intéressent eux-mêmes au travail du patient. C'est là tout l'intérêt de l'intervention qui a été menée auprès d'ergothérapeutes du centre François Gallouedec d'organiser une analyse de leur travail quand ils sont confrontés au travail des patients. Ce ne sont pas les invariants de l'action des ergothérapeutes qui nous intéressent dans cette recherche mais bien le rapport d'un sujet au prise avec le réel dont l'ordinaire est toujours « bousculé par l'irruption de l'inattendu » (Bruner, 2014, p. 43).

Deuxième partie - L'intervention au centre François Gallouedec : une intervention sur le travail des ergothérapeutes s'intéressant au travail du patient

Cette partie sera consacrée à l'intervention réalisée auprès d'un collectif d'ergothérapeutes du centre de rééducation François Gallouedec dans le cadre de cette thèse. Cette intervention qui s'intéresse au travail trouve ses racines théoriques dans une perspective historico-développementale portée par le courant de la clinique de l'activité (Bonfond, 2016; Bonnemain, 2015; Clot, 2002; Miossec, 2011; Poussin, 2014; Simonet, 2011; Tomás, 2013). Une telle approche théorique permet de s'intéresser au travail en instruisant la question des conflits de l'activité et du métier. Un premier temps sera donc consacré à la méthodologie nous permettant d'expliquer les fondements théoriques d'une telle intervention, l'organisation du dispositif déployé et la cohérence avec les méthodes utilisées. Un second temps donnera des précisions sur le contexte de l'intervention en présentant les programmes multidisciplinaires portant sur les TMS et leur inscription au sein du centre François Gallouedec. Un troisième temps sera consacré à la description de l'intervention en tant que telle. Un quatrième et dernier temps nous permettra de reprendre des éléments issus de l'intervention sur les difficultés rencontrées par les ergothérapeutes confrontés à la question du travail des patients, nous amenant à l'émergence de la problématique de recherche sur les dilemmes de leur activité.

1. Le cadre théorique de l'intervention : questions de méthodologie et de méthode

Quelles sont les ressources théoriques et pratiques sur lesquelles s'appuie une intervention en clinique de l'activité ? Nous nous attacherons d'abord à préciser le cadre théorique dans lequel s'inscrivent ces interventions et le rapport entretenu avec la production de connaissances scientifiques. Ensuite, nous donnerons des précisions sur la méthodologie qu'elle mobilise, nous permettant ainsi d'apporter des clarifications sur les concepts d'activité, de métier et de pouvoir d'agir. Enfin, nous présenterons comment est conçu le dispositif d'intervention et nous détaillerons la méthode des autoconfrontations que nous avons-nous même utilisé.

1.1. Quels rapports entre l'intervention et la recherche ?

Déployer une action s'inspirant de la clinique de l'activité mérite que l'on donne quelques précisions sur son positionnement dans le champ des sciences humaines et sur comment elle organise les rapports entre intervention et recherche. Cet type d'intervention et de recherche relève bien de la tradition francophone d'analyse du travail (Clot, 2008a; Daniellou, 1996; Lhuillier, 2006; Wisner, 1995). Mais, à l'inverse de la proposition habituelle de comprendre pour transformer, la clinique de l'activité propose que « pour comprendre ce que nous cherchons à comprendre, il faut transformer » (Clot, 2008b, p. 170). Cette position s'érige contre la tentation de naturalisation du réel pour, au contraire, promouvoir sa vitalité comme ressource pour les professionnels concernés par l'intervention. Cette intervention n'est donc pas le lieu d'application ou de vérification d'hypothèses élaborées en laboratoire dans une tradition positiviste mais elle s'inscrit dans une véritable « recherche fondamentale de terrain » (Clot, 2008a; Vygotski, 1931/1978).

En clinique de l'activité, l'intervention organise la transformation du travail qui en est à la fois sa méthode et son objet. Cette intervention prend habituellement sa source dans une commande adressée à un intervenant/chercheur par un milieu intéressé. L'action de cet intervenant/chercheur est donc, en premier lieu, une ressource pour ce milieu au regard de la commande. L'intervention, par les artefacts techniques qu'elle met en place, devient une source d'engagement des travailleurs concernés dans une nouvelle activité. Avec la perspective que cet engagement dans l'intervention devienne une nouvelle ressource pour l'action « ordinaire » des travailleurs, ressource devenue interne. L'intervention est donc conçue comme un moment « extra-ordinaire » devenant une ressource pour le travail « ordinaire ». Tout le travail et toute l'attention de l'intervenant/chercheur est de seconder ces alternances fonctionnelles (Clot, 2011).

L'intervention s'inscrit donc dans une perspective de transformation cherchant à répondre à une demande sociale en s'appuyant sur l'analyse du travail. Ce n'est pas tout à fait ce que Lewin entendait par « si vous voulez vraiment

comprendre quelque chose, essayer de le changer »⁴⁹ (Bronfenbrenner, 1979, p. 37) ; la recherche-action qu'il prônait se comprenait sur un fond de « stratégie de changement social de type normatif-rééducatif » (Van Trier, 1980, p. 181). Les phases décrites par la recherche-action sont conçues en extériorité dans une démarche de programmation. Il y a bien participation des acteurs au processus de changement mais l'analyse et l'interprétation sont externes, relevant du seul chercheur/consultant (Lapassade, 1991).

Durant l'intervention en clinique de l'activité, toute l'attention de l'intervenant/chercheur est dirigée vers la question du travail avec l'ensemble des acteurs afin de les seconder dans la modification de leur situation réelle de travail. Son « action est tout entière portée vers la transformation de situations d'activités et de l'organisation. Elle n'est pas tournée vers la production de connaissances sur le métier ou sur l'organisation. Elle est encore moins tournée vers la production de connaissances en psychologie » (Kostulski, 2010, p. 33). Durant cette période, il n'est donc pas question de production de savoir scientifique. Les théories mobilisées sont ici des instruments au service de l'action de l'intervenant/chercheur. Faire autrement serait risqué de signifier aux professionnels que l'objet de l'intervention est uniquement l'élaboration d'une connaissance et non la transformation de leur travail. Le dispositif méthodologique entier perdrait de sa vigueur.

Le temps de la recherche est, pour sa part, consacré à élaborer des connaissances à partir de ce qui s'est produit au cours de l'intervention. Temps de l'intervention et temps de la recherche ne se recoupent pas. Pour autant, il existe une interaction entre théorie et intervention comme entre matériaux empiriques et recherche. C'est le statut d'objet ou d'instrument accordé à chacun des éléments qui est amené à varier. Dans le temps de la recherche, l'intervention devient le moyen de produire des connaissances.

C'est sur ce point qu'il existe une différence fondamentale avec la recherche-action en psychosociologie pour laquelle il n'existe pas de différence fondamentale, seulement de degré d'abstraction entre un savoir profane et un savoir savant (Dubost et Lévy, 2002). La recherche-action est donc fondée sur l'hypothèse que « des savoirs de portée générale peuvent être produits [...] à partir de l'expérience directe des acteurs » (Ibid., p. 410). Cette approche conçoit donc l'utilisation de méthodes directes (ex. observation, entretien, questionnaire) comme permettant la constitution de connaissances scientifiques à partir des savoirs constitués durant l'intervention. A l'inverse, la recherche et l'intervention en clinique de l'activité s'inscrivent dans une perspective historico-développementale distinguant le fonctionnement réalisé et le développement possible (Vygotski, 2003), les méthodes directes ne donnant accès qu'au premier. C'est donc au travers de méthodes indirectes (ex. autoconfrontation, instruction au

⁴⁹ « if you want truly to understand something, try to change it » Cette citation est habituellement attribuée à Kurt Lewin sans qu'une référence précise en soit faite. Dans son ouvrage de 1979, Bronfenbrenner l'attribue à son mentor, Walter Dearborn, une quarantaine d'années auparavant. Cela la situe aux alentours de 1939, période où Lewin aurait pu éventuellement être à l'origine de cette citation.

sosie) qu'il est possible d'avoir accès aux développements possibles, c'est-à-dire aux processus qui font et défont les formes sédimentées directement observables.

Contrairement à de nombreuses recherches en clinique de l'activité, la nôtre s'inscrit davantage dans une volonté idiographique que nomographique (J. A. Smith, Harré et Langenhove, 1995). La méthodologie de l'intervention s'inspire bien des principes et des théories de la clinique de l'activité tels que décrits précédemment. Mais, ici, deux options aux implications épistémologiques importantes s'offrent au chercheur. Premièrement, il est possible de s'intéresser aux « invariants du développement » (Clot, 2008b, p. 33) dans une perspective nomographique. C'est le développement qui devient l'objet de recherche. Ou en second lieu, et c'est l'option que nous avons retenue, la recherche s'attachera à comprendre le fonctionnement d'un « 'cas' comme activité située » (Leplat, 2002, p. 2), en l'occurrence l'activité des ergothérapeutes confrontés à la question du travail des patients.

Adopter une perspective idiographique pose inévitablement la question de la généralisation des résultats. Dans quelle mesure les conclusions sont extensibles à d'autres situations ? Dans sa visée scientifique, l'étude de cas sert à la « constitution d'un corpus organisé de connaissances susceptible de faciliter l'étude d'autres cas » (Ibid., p. 18). Ou, pour le dire à la manière de Falzon, prendre la recherche comme une « activité de construction de connaissances ou d'outils [...] destinée à une éventuelle utilisation ultérieure » (Falzon, 1994, p. 3). Les connaissances pourront être reprises par les professionnels comme nouveaux instruments dans leurs pratiques quotidiennes. Elles pourront aussi servir à la généralisation des connaissances dans une méthode dite d'« induction analytique » (J. A. Smith et al., 1995, p. 67). Cette méthode consiste à dériver des explications théoriques d'un ensemble de cas en considérant la situation analysée comme le représentant d'une catégorie. Le processus de généralisation passe par la vérification successive d'hypothèses provisoires au travers de l'étude d'un cas. Au fur et à mesure des itérations successives, l'hypothèse est ajustée et réévaluée à la lumière des cas successifs. Tout nouveau cas peut venir invalider l'hypothèse répondant ainsi à l'exigence de réfutabilité. Dans le cas de notre recherche, la « boîte noire » entourant l'activité de rééducation rend difficile la référence à des cas ou à des études précédentes. Avec ses imperfections et ses limites, notre recherche tente de poser les jalons d'études ultérieures portant un regard différent sur la rééducation en déplaçant l'attention vers le travail des professionnels de santé plutôt que vers l'observation des patients.

Ainsi, notre intervention s'inspire bien des principes de la clinique de l'activité et s'inscrit dans une perspective historico-développementale mais avec une visée de production de connaissance de type idiographique. L'intervention en milieu de travail est la première étape du processus de recherche. Durant cette étape, le chercheur est un intervenant dont le but est orienté vers l'action dans le milieu de travail en organisant un cadre permettant aux professionnels de « s'expliquer avec ce qu'ils font pour qu'ils puissent éventuellement faire autrement, s'ils pensent devoir ou pouvoir le faire » (Clot, 2008a, p. 72). Mais comment intervient-il ? Quelles actions sont mises en place ? C'est ce que nous allons maintenant préciser.

1.2. Une méthodologie développementale : activité, métier et pouvoir d’agir

L’intervention menée au centre François Galloudec s’inscrit dans une perspective développementale parfois qualifiée de « vygotkienne ». Ce sont en effet les travaux du psychologue russe Lev Semionovitch Vygotski⁵⁰ menés au début du XX^{ème} siècle qui ont inspiré l’approche actuelle de la clinique de l’activité et notamment sa méthodologie. Toute intervention s’y référant cherche à soutenir un travail d’élaboration par les professionnels sur leur activité et sur leur métier. Or, activité et métier, sont des termes courants dans les disciplines qui s’intéressent au travail tout en recouvrant des réalités différentes. Comment ces deux concepts peuvent être mobilisés dans une perspective historico-culturelle ? Et quels rapports entretiennent-ils avec le pouvoir d’agir ?

1.2.1. L’activité dans une perspective historico-culturelle

Avant toute chose, une distinction essentielle doit être faite entre « l’activité réalisée » et le « réel de l’activité » : l’activité réalisée n’étant qu’une fraction du réel de l’activité. A l’aide d’une métaphore géométrique, Clot (2004) décrit l’activité réelle comme possédant un « volume dont l’activité réalisée par un opérateur n’est jamais que la surface » (p. 31). Cette idée trouve son origine dans les travaux de Vygotski (2003), pour qui « le comportement est un système de réactions qui ont vaincu » (p. 74). L’action observable (« l’activité réalisée ») n’est que l’actualisation à un moment donné d’une activité qui la dépasse (« le réel de l’activité »). Pour comprendre le rapport entre action et activité, Vygotski compare le cerveau à un grand édifice ne possédant que quelques portes. Seule une fraction d’une foule en panique va pouvoir en sortir pour atteindre l’extérieur. Une grande partie aura donc péri mais aura pour autant existé et joué son rôle. « Le comportement tel qu’il s’est réalisé est une infime part de ce qui est possible. L’homme est plein à chaque minute de possibilités non réalisées » (Ibid., p. 76). Le « volume » du réel de l’activité est donc structurellement conflictuel ou s’affronte plusieurs réalisations possibles : « ce qui ne se fait pas, ce que l’on cherche à faire sans y parvenir — le drame des échecs — ce que l’on aurait voulu ou pu faire, ce que l’on pense pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter — paradoxe fréquent — ce que l’on fait pour ne pas faire ce qui est à faire. Faire, c’est bien souvent refaire ou défaire » (Clot, Faïta, Fernandez et Scheller, 2000, p. 2). Il s’agit d’une « épreuve subjective où l’on se mesure à soi-même et aux autres pour avoir une chance de parvenir à réaliser ce qui est à faire » (Clot, 2011, p. 18).

Ensuite, l’activité peut être définie comme une « triade vivante » (Clot, 2008b). Ici les travaux de Bakhtine (1984) sont une ressource importante permettant de considérer les destinataires de l’activité. En clinique de l’activité, l’activité est non seulement orientée vers la tâche mais aussi vers d’autres sujets. Elle est simultanément dirigée vers

⁵⁰ La transcription de son nom est « Vygotski » en français et « Vygotsky » en anglais.

l'objet de l'activité, vers l'activité des autres portant sur le même objet et vers le sujet lui-même. Cette activité dirigée est le lieu de luttes incessantes où à chaque pôle de la triade demeurent des conflits. Au pôle Sujet, la multiplicité des activités dans lesquelles il est engagé est la source de ces conflits, il vit « dans l'univers des activités d'autrui auxquelles il participe et tout son travail consiste à se diriger dans cet univers, à agir sur ses activités et sur celles d'autrui » (Clot, 1999, p. 100). Il en est de même pour le pôle Autrui. En ce qui concerne le pôle Objet, il peut par exemple, si c'est une chose, être traversé par la multiplicité des usages possibles. C'est cette conflictualité structurelle qui permet de penser le développement et de concevoir l'activité comme une « triade vivante » et non comme un lieu sans conflit et donc inerte.

Enfin, la notion de « genre professionnel » est importante pour comprendre la façon dont est mobilisée l'activité en clinique de l'activité. Cette notion s'appuie sur une conception forte du social qui n'est pas extérieure au sujet (Clot et Faïta, 2000). La clinique de l'activité s'attache donc à redonner toute son importance aux collectifs professionnels (Clot, Faïta, Fernandez et Scheller, 2001). La notion de genre considère qu'entre la tâche et l'activité du sujet existe un « intercalaire » (Clot, 2008b) provisoirement stabilisé par les collectifs professionnels permettant de s'orienter et d'agir « pour éviter d'errer seul [...] devant l'étendue infinie des bêtises possibles » (Darré, 1994, p. 22). Cette conception est empruntée aux travaux de Bakhtine (1984, 1998, 2003) sur l'activité langagière. Pour cet auteur, les rapports entre la langue, les sujets et le monde sont nécessairement médiatisés par des intercalaires qu'il nomme des « genres de discours ». Dans les milieux de travail, il existerait donc des « genres professionnels », une sorte de mémoire transpersonnelle constituée d'un stock d'énoncés et de techniques comme « présupposés sociaux de l'activité en cours [...] : manières de se tenir, manières de s'adresser, manières de commencer une activité et de la finir, manière de conduire efficacement à son objet » (Clot, 2008b, p. 107). Le genre est donc à la fois une ressource du sujet pour faire face aux inattendus du réel, c'est aussi une contrainte en définissant ce qui ne se fait pas ou ne se dit pas dans le milieu concerné. C'est un trait d'union entre les professionnels permettant de régler l'action et de « s'évaluer » au regard des attendus du métier. Mais ce genre professionnel, en tant qu'histoire, n'est pas figé mais retouché en permanence par les collectifs de professionnels qui sont comptables « d'une dette qu'on contracte en entrant dans le milieu de travail où l'activité se déroule ; une dette à reconnaître et à honorer par chacun, seul avec ses semblables, seul à participer ou s'y refuser, à la re-création de ce 'garant' commun » (Ibid., p. 255). C'est bien souvent cette dimension qui est malmenée par les organisations de travail modernes ne favorisant pas le travail d'organisation des collectifs eux-mêmes soumis aux « tyrannies variées du court terme » (Ibid., p. 108).

Ainsi, la perspective développementale donne une profondeur au concept d'activité. Nous pouvons retenir que le réel de l'activité dépasse la simple action qui la réalise. Davantage que par des oppositions, ce sont les conflits dans l'activité entre les actions réalisées et les actions réalisables qui lui confèrent son énergie motrice. L'architecture de l'activité s'organise donc autour des rapports « d'une triade vivante » ou l'activité du Sujet est à la fois dirigée vers un Objet et vers les activités d'Autrui portant sur ce même objet. En tant que « mouvement d'appropriation d'un

milieu de vie par le sujet » (Clot, 2011, p. 18) l'activité est par nature inachevable et ne nous est accessible que par la voie de son développement.

1.2.2. Une architecture du métier en quatre instances

Poser le genre comme une mémoire transpersonnelle, ressource pour l'activité de chaque professionnel, amène la clinique de l'activité à se poser la question de la conception même du métier. Comment est-il appréhendé et quels liens entretient-il avec l'activité ?

La clinique de l'activité propose d'organiser le métier en quatre registres, ou dimensions (Clot, 2007, 2008b; Miossec et Clot, 2011; Simonet et Clot, 2014) : impersonnelle, transpersonnelle, interpersonnelle et personnelle. Le concept de métier cherche à restituer au social toute sa complexité. Le métier est ainsi social une première fois en tant que produit de l'organisation de travail. C'est la dimension impersonnelle du métier qui se traduit au travers du travail prescrit indépendamment des caractéristiques des travailleurs. Le métier est social une seconde fois au travers de la mémoire professionnelle collective décrite précédemment, c'est sa dimension transpersonnelle. Il est social une troisième fois, se faisant toujours avec les autres. C'est la vie du métier entre les professionnels dans sa dimension interpersonnelle. Ces trois dimensions sociales du métier s'articulent avec une quatrième dimension recouvrant comment « chaque professionnel développe des manières singulières de prendre et de s'y prendre avec la prescription de travail mais aussi des manières propres de vivre dans un milieu de travail et de le faire vivre » (Miossec et Clot, 2011, p. 349). C'est la dimension personnelle du métier.

Ces quatre registres sont liés sans être figées. Elles entretiennent une certaine dynamique de liaisons et de dé-liaisons, la transformation de l'une peu impacter une autre. Par exemple, quand le registre transpersonnel est confronté aux imprévus du réel, l'impersonnel devrait pouvoir en être affecté pour rester un soutien à l'activité et non un empêchement. Or, nombre d'interventions en clinique de l'activité tendent à démontrer que les situations de travail se détériorent quand le registre impersonnel est figé installant une déréalisation du métier (Kostulski, Clot, Litim et Plateau, 2011), ou quand la dimension transpersonnelle se nécrose laissant parfois le professionnel seul face à sa tâche (Litim, 2006; Roger et al., 2007). L'intervention en clinique de l'activité vise justement à remettre ces dimensions en mouvement en organisant la conflictualité entre elles. L'objectif est de tenter de développer une certaine « plasticité organisationnelle » (Clot et Simonet, 2015).

1.2.3. Les liens entre activité, métier et pouvoir d'agir

Mais comment s'articulent activité et métier ? Quels liens entretiennent-ils avec le concept de pouvoir d'agir ? Tout d'abord, il nous faut apporter quelques précisions sur ce que l'on entend par pouvoir d'agir. Les interventions se

référant à la clinique de l'activité ont pour objectif de soutenir, ou si elle est mise à mal, de restaurer la vitalité des milieux de travail, c'est-à-dire « développer des objets, les destinataires et les instruments de son activité en affectant le monde par son initiative » (Clot, 2010b, p. 16). C'est ce que reprend Tosquelles (2009), dans la lignée de Canguilhem, en différenciant la nature de l'homme et de l'animal. On se fait homme en étant moins un être de la nature « pour devenir contre ou dialectiquement, le produit de son propre artifice » (Ibid., p. 37). C'est bien l'homme qui « convertit le 'milieu naturel' en 'monde' [qu']il construit avec les autres hommes » (Ibid., p. 37).

En reprenant la distinction action et activité, il s'agit donc bien de rendre disponible l'action des sujets dans leur milieu professionnel afin d'en faire un moyen au service de leur activité, c'est la reconquête « d'une palette subjective de possibilités souvent insoupçonnée, plasticité qui permet de voir autrement ce qui est réalisable dans le milieu professionnel » (Clot, 2008a, p. 76). Il s'agit d'un mouvement de recomposition des normes psychologiques et sociales de l'activité des professionnels engagés dans l'intervention, un élargissement de leur rayon d'action sur eux-mêmes et sur leur milieu de travail. Seuls les collectifs eux-mêmes peuvent opérer ces transformations durables de leur milieu de travail. Cette reconquête du pouvoir d'agir se fait par « le développement du 'rayon d'action' de l'activité des sujets dans leur milieu professionnel » (Clot et Simonet, 2015, p. 37) en contrepoint de l'ergonomie qui a pour objectif d'agir sur les conditions dans lesquelles cette activité se déploie.

Pour revenir à la question des liens entre activité, métier et pouvoir d'agir, il est possible de considérer l'intervention comme un cadre dans lequel les professionnels peuvent élaborer sur leur activité et sur leur métier. Cette expérience vécue dans le cadre de l'intervention amène les professionnels à redécouvrir les multiples potentialités d'actions contenues dans le réel de leur activité et les liaisons et déliaisons entre les quatre dimensions du métier. L'intervention vise donc à dynamiser ou réinstaurer, si elle a disparue, la conflictualité entre les quatre dimensions du métier pour le remettre en mouvement allant jusqu'à la transformation de la tâche prescrite. Comme l'évoque Clot (2008b) : « l'horizon est le développement du pouvoir d'agir individuel et collectif sur l'organisation impersonnelle du travail, au-delà d'elle et pour le développement de cette 'instance' impersonnelle du métier » (p. 260). Ainsi, le développement de la dimension impersonnelle du métier peut potentiellement constituer une nouvelle ressource pour l'activité des professionnels. Dit autrement, l'intervention vise un transfert des quatre dimensions du métier les unes dans les autres afin de les transformer en instrument d'un potentiel développement de chacune.

Si l'intervention s'inscrit bien dans une perspective développementale visant à redynamiser les passages entre les quatre registres du métier, il nous reste à expliquer comment y parvenir ?

1.3. Dispositif méthodologique et méthode des autoconfrontations

Dans un souci d'assurer une cohérence avec l'approche développementale, la clinique de l'activité a dû construire un dispositif d'intervention spécifique s'organisant autour de la conception du métier en quatre dimensions. Dans la même perspective, l'activité n'étant pas « observable » directement, le dispositif s'appuie sur l'utilisation de méthodes indirectes⁵¹.

1.3.1. Un dispositif méthodologique en quatre phases

Le processus d'intervention proposé en clinique de l'activité est classiquement décrit en trois phases : la constitution d'un collectif d'analyse, la confrontation aux traces de l'activité (autoconfrontations) et l'extension du travail d'analyse au collectif professionnel (Clot et al., 2000; Duboscq et Clot, 2010). Avec l'apport des multiples interventions réalisées, il semble opportun d'y associer une quatrième phase avec la constitution d'un comité de pilotage venant ponctuer les phases précédentes en instaurant un dialogue à un autre niveau (Simonet et Clot, 2014).

La première phase part d'une commande adressée à l'intervenant/chercheur, l'objectif est d'enraciner l'intervention au sein d'un groupe de pairs. La commande, souvent institutionnelle doit pouvoir se transformer en demande pour les professionnels concernés car c'est bien du travail de ces derniers dont il va être question. Les professionnels doivent pouvoir dégager un but pour eux afin de pouvoir s'engager sérieusement dans l'analyse de leur propre travail. Un temps important est ainsi consacré à l'immersion de l'intervenant/chercheur dans un processus d'observation ayant une double fonction :

- L'observation permet à l'intervenant/chercheur de s'imprégner du travail d'autrui, prendre connaissance des tâches, des organisations mais aussi des habitudes et du langage professionnel.
- Pour les professionnels, cela permet de donner un autre statut à leur travail. Il n'est plus simplement celui qu'on réalise, il est aussi celui qu'on observe, auquel on s'intéresse. Le regard porté par l'intervenant/chercheur au travail ordinaire incite les professionnels à le prendre comme un objet possible d'analyse. Ce regard « n'est pas pour produire des connaissances, mais c'est bien dans le but de l'inciter [*le professionnel observé*] à s'observer lui-même pour pouvoir ensuite mettre en dialogue ses façons de faire avec ses collègues. » (Kostulski, 2010, p. 34).

⁵¹ Nous ne traiterons dans notre recherche que de la méthode des autoconfrontations. L'instruction au sosie est une autre méthode dite indirecte couramment employée lors d'une intervention en clinique de l'activité.

Avec les professionnels, cette phase permet de choisir les séquences de travail qui donneront lieu à des enregistrements vidéo, enregistrements qui gardent des traces du métier sur un registre personnel (incarnation du métier par chaque professionnel, geste personnel, façon de faire, astuce...).

La seconde phase permettra de se focaliser sur la co-analyse des séquences de travail avec les professionnels associés à l'intervention. La méthode consistant à discuter de façon très pointue sur le travail, ce collectif se doit d'être homogène. Par exemple, un kinésithérapeute n'aura qu'un avis très générique sur le travail réalisé par un ergothérapeute et inversement, cela même si d'apparence leurs activités semblent dirigées vers un même objet, le patient. Pour les mêmes raisons, les situations donnant lieu à un enregistrement doivent également être aussi similaires que possible. Les professionnels s'engagent ensuite dans une première confrontation avec ses propres images de son activité avec l'intervenant/chercheur (autoconfrontation simple). Chaque professionnel est confronté une seconde fois aux images de son activité, toujours en présence de l'intervenant/chercheur mais aussi en présence d'un collègue qui sera lui-même confronté aux images de sa propre activité (autoconfrontation croisée). Le visionnage des séquences permettra de mettre au travail le métier à partir de traces filmées de l'activité réalisée par chacun. C'est le moment de la redécouverte du travail, de son histoire, de l'étonnement à propos des différences... Il s'agit de mettre en mouvement le métier tout en opérant une différenciation entre les différents registres.

La troisième phase consiste à reprendre les conflits de l'activité ayant émergés lors des autoconfrontations au sein du collectif de professionnels. Un montage des autoconfrontations (elles aussi filmées) soutiendra la reprise des discussions sur le métier. Cela permet de faire vivre les analyses au niveau du collectif de volontaire. Le métier est ainsi discuté à un autre niveau, celui du collectif de professionnels, avec de nouveaux arguments alimentant la conflictualité et organisant de nouveaux passages entre les différents registres du métier.

La quatrième phase organise le dialogue au sein d'un comité de pilotage. Ce comité de pilotage est constitué au début de l'intervention. Il associe les personnes stratégiques au vu des objectifs visés : commanditaires, responsables hiérarchiques mais aussi représentants du personnel, des ressources humaines... Les professionnels doivent impérativement être associés à cette instance pour avoir droit au chapitre et instruire les questions qui sont les leurs. Cette instance doit viser la mise en dialogue de l'activité ordinaire de travail instruite par les personnes au plus proche de celui-ci. Ce n'est ni faire « remonter » les problèmes du quotidien vers d'éventuels « décideurs », ni organiser un regard « descendant » de la part de personnes loin de cette activité ordinaire, le but est bien d'instaurer un dialogue sur le métier et ses conflits, non plus au niveau du métier partagé par le collectif de pair, mais du métier au niveau de l'institution. Les discussions sur le métier s'enrichissent de nouveaux objets et de nouveaux points de vue permettant éventuellement de réinterroger le travail prescrit (registre impersonnel). Le collectif change alors de place pour devenir une ressource pour transformer l'organisation du travail.

Loin d'être linéaire, les phases de l'intervention se chevauchent, permettant un double mouvement de différenciation et de confrontation des multiples registres du métier. Ces registres, ainsi sollicités, changent de fonction permettant ainsi la vitalité des échanges. C'est donc bien le métier qui est « au centre de l'intervention » (Ibid., p. 28). C'est lui aussi qui relie « dans des discordances créatrices ou destructrices - ces quatre registres impersonnel, transpersonnel, interpersonnel et personnel » (Simonet et Clot, 2014, p. 4). Le métier n'est pas une structure monolithique qu'il conviendrait ou non de réparer. Le métier est vivant de par son passage entre les registres, certains étant plus *énergiques* que d'autres. L'intervention a justement pour but de dynamiser ces passages dans une volonté transformatrice.

1.3.2. La méthode des autoconfrontations

Le cœur du dispositif d'intervention est l'autoconfrontation comme phase et comme instrument du dispositif méthodologique qui organise un cadre dialogique dans lequel les professionnels peuvent élaborer sur leur activité et sur leur métier. Les autoconfrontations transforment les traces de l'action passée (les images vidéo) en moyen d'action sur l'activité présente, c'est concevoir que l'action passé n'était que la version réalisée de multiples autres possibilités non réalisées (Clot et al., 2000). L'objectif n'est pas une naturalisation amorphe au travers d'une analyse de l'activité réalisée par les professionnels. Ce sont les étonnements renouvelés des collègues et de l'intervenant/chercheur devant les traces laissées par les enregistrements vidéo qui peuvent permettre la redécouverte, par les professionnels, de la richesse de leur travail.

a. Le dispositif technique

Plusieurs types de traces vidéo vont être recueillis. En premier lieu, les séquences de travail retenues pour l'analyse vont donner lieu aux enregistrements vidéo (cf. Figure 12) de plusieurs professionnels confrontés à cette tâche. Par la suite, la confrontation aux images filmées lors des autoconfrontations simples (réunissant un professionnel et l'intervenant/chercheur) et croisées (deux professionnels et l'intervenant/chercheur) seront l'occasion de nouveaux enregistrements. « La qualité des images, des cadrages, du son et de leur montage s'avère décisive » (Ibid., p. 4). Cette qualité des enregistrements vidéo permettra plus ou moins d'attirer l'attention sur le détail, le non-dit, les hésitations...

Lors des autoconfrontations simples (cf. Figure 12) un professionnel de terrain est confronté au visionnage d'une séquence de son propre travail. L'intervenant/chercheur adopte une position hors cadre de l'image filmée, dans l'axe de l'objectif mais en contrechamp. Le professionnel est ainsi cadré de face. Dans le cas de notre intervention, nous avons aussi projeté en arrière plan la séquence vidéo elle-même regardée par les professionnels. Cette technique possède l'avantage de pouvoir associer ce qui est dit à ce qui est vu par les professionnels lors du visionnage des autoconfrontations elles-mêmes. L'autoconfrontation simple organise donc une nouvelle activité pour le

professionnel confronté aux vidéos, à ce qu'il peut en dire et qui est difficile à dire. Cette activité se trouve elle-même confrontée à l'activité de l'intervenant/chercheur tentant de comprendre ce qui est dit. Cette tentative de compréhension n'a qu'une valeur de méthode pour conduire l'entretien. Elle vise davantage à amener le professionnel aux frontières de ce qu'il peut dire de ce qu'il se voit faire. En poussant le professionnel à décrire son action jusqu'aux limites de ce qu'il peut en dire, le professionnel est incité à faire et défaire les liens entre ce qu'il se voit faire, ce qu'il doit faire et ce qu'il aurait voulu faire. L'activité de la personne est ainsi dirigée de façon multiple vers les images, vers l'activité du chercheur mais aussi vers lui-même confronté à ce qu'il peine à pouvoir dire. Les résultats des analyses lors des autoconfrontations simples tendent à produire des étonnements autour de ce qui est « difficile à dire » auxquels les autoconfrontations croisées tenteront de donner un autre destin possible.

L'autoconfrontation croisée (cf. Figure 12) met en scène deux professionnels confrontés successivement aux traces filmées de l'action de l'autre, toujours en présence de l'intervenant/chercheur. Le dispositif technique est par ailleurs similaire à l'autoconfrontation simple. L'intervenant/chercheur ne cherchera plus à émettre des hypothèses compréhensives, il sollicitera systématiquement les commentaires du professionnel dont on ne voit pas la séquence de travail. Cette attention soutenue portée sur le détail, et non sur les généralités, vise l'instauration de controverses professionnelles. Ces controverses s'alimentent, sans pouvoir s'épuiser, dans les différences de manières de faire entre les professionnels. Ces variantes sont aussi soumises au « regard » de la référence commune qu'est le métier, ou plus précisément du registre transpersonnel. L'intervenant/chercheur cherche à entretenir ces dissonances que vivent les professionnels afin qu'elles deviennent des objets de discours tentant ainsi de déplacer les frontières de ce qui est « difficile à dire ».



Figure 12. Les différentes traces vidéo : séquence de travail, autoconfrontation simple, autoconfrontation croisée

L'activité réalisée des professionnels dans leur milieu ordinaire de travail est donc reprise durant les autoconfrontations pour en devenir l'objet d'analyse. C'est en cela que l'on parle de méthode redoublée. L'activité réalisée apparaît deux fois : une première fois comme activité et une seconde comme objet d'une nouvelle activité. L'autoconfrontation comme artefact crée un « espace-temps où les sujets agissants ont la possibilité de mobiliser, où de rétablir leur "pouvoir d'agir" en différé par rapport aux actions exposées par le film » (Faïta, 2011, p. 64). L'horizon est toujours le développement de l'activité en de nouvelles réalisations n'ayant pas pu advenir dans le travail ordinaire.

Pour autant, dans une situation d'autoconfrontation croisée le développement n'est qu'une possibilité. L'intervenant/chercheur doit évoluer prudemment pour ne pas imposer « un autre ordre par ses questions ou interventions » (Darré, 1996, p. 109) que celui des professionnels, au risque de ne recueillir que l'échos de sa propre pensée. L'intervenant/chercheur ne doit pas renoncer à sa place d'auditeur, pas complètement « naïf », mais ayant ses limites. Limites qui sont autant de ressources pour les professionnels les incitant à dépasser le déjà convenu entre eux.

b. Le rôle de l'intervenant/chercheur : installer la controverse

La production d'un constat qu'il existe des pratiques différentes suite à la confrontation aux images ne suffit pas. Cela révèle simplement les réalisations individuelles des conflits de l'activité que chaque professionnel traverse en réalisant son métier. Le cadre dialogique de la méthode doit permettre de discuter sur les manières possibles ou non de régler ces conflits. L'intervenant/chercheur, de par son activité, doit ainsi provoquer mais aussi aider à supporter la controverse engagée entre les professionnels. Comme le souligne Litim (2006) - en reprenant les distinctions faites par Dascal (1995) entre discussion, controverse et dispute - la simple discussion doit faire place à la controverse où l'on cherche avant tout à « convaincre l'autre ». Donc, s'il s'agit de convaincre, on ne peut convaincre qu'un pair. L'intervenant chercheur n'a pas besoin d'être convaincu. Il ne peut pas être convaincu, ou alors de façon très superficielle, car il ne partage pas les mêmes conflits d'activité que les professionnels.

Pour autant, toujours en reprenant la distinction de Dascal, il ne faut pas laisser s'installer la dispute. Dans la dispute, il ne s'agit plus de convaincre mais de « vaincre ». C'est un des aspects du travail de l'intervenant/chercheur. Permettre le déroulement de la controverse est parfois difficile. Il est impossible de faire complètement abstraction des relations interpersonnelles qui exercent une influence constante. Il n'est pas non plus toujours aisé de soumettre son travail au regard de l'autre. Le cadre instauré en autoconfrontation génère lui-même cette vulnérabilité nécessaire à la remise en cause d'anciennes certitudes et de pratiques établies. Encore une fois, l'intervenant/chercheur doit « installer ce cadre propice à supporter les déplaisirs de la confrontation, d'où peut sortir le plaisir » (Quillerou-Grivot et Clot, 2013, p. 240) des découvertes, de la nouveauté, du changement.

L'intervenant/chercheur doit prendre soin de la controverse pour la garder vivante. C'est en partie au travers d'elle que les professionnels touchent les frontières de leur métier. Le développement du métier passe par la retouche de ces frontières.

c. Pour une perspective développementale : enrayer le déjà dit

Dans une perspective développementale, l'organisation de la controverse a pour but d'enrayer le déjà dit, le convenu d'avance. Le cadre dialogique des autoconfrontations permet justement de solliciter les différences pour mettre au travail l'objet commun qu'est le métier. Plus précisément, il s'agit de transformer les désaccords, les détails, les variations en objet du dialogue. A la manière de Bender, nous pouvons dire que « ce que nous partageons n'est pas aussi intéressant que ce que nous ne partageons pas »⁵² (Bender, 1998, p. 193). Le dialogue n'est possible que quand les interlocuteurs ne partagent pas la même signification et, par-là, il s'en retrouve peut être aussi ravivé.

Pour autant, au cours des autoconfrontations, « le dialogue réalisé [...] n'a pas le monopole du réel du dialogue » (Duboscq et Clot, 2010, p. 258). Cette distinction fait écho au rapport entre activité réalisée et réel de l'activité. Le dialogue réel possède donc un volume non épuisé par le dialogue réalisé. C'est ce qui lui confère une potentialité de création et de développement. Mais par ailleurs, Le dialogue réalisé trahit, au double sens de révéler et de transformer, le réel du dialogue. S'instaure donc une lutte entre ce qui a été dit et ce qui aurait pu être dit, ce qu'on aurait voulu dire ou ce qu'on n'a pas encore dit. Le « réel du dialogue [...] n'est pas en dehors du dialogue réalisé mais son dehors » (Ibid., p. 268), c'est en ce sens que l'on peut parler de frontières. C'est sur ces frontières que l'autoconfrontation souhaite emmener les professionnels afin de leur ouvrir la possibilité en chacun mais aussi entre eux de les redessiner. Précisons que les gestes réalisés pendant l'autoconfrontation sont « des éléments constitutifs de la communication au même titre que la parole » (Tomás, 2013, p. 4). Cette réorganisation peut donc aussi se réaliser « sur des coordonnées corporelles » (Cosnier, 1998, p. 99).

Le principe même des autoconfrontations est de mettre le réalisé à l'épreuve du réel. Pour cela, il ne faut pas « tricher » avec le réel. « Le dispositif technique des autoconfrontations croisées [délimite] artificiellement un périmètre interlocutoire où cette expérience puisse devenir possible » (Duboscq et Clot, 2010, p. 263). C'est l'engagement dans ce cadre dialogique qui permet d'enrayer le déjà dit sans tomber dans l'indicible. La limite est certes tenue mais elle demeure une condition indispensable au développement, non pas des conditions de l'action (savoir-faire corporels ou cognitifs, modes d'organisation, nouvelles règles...), « mais [au] développement de l'action des sujets, leur mobilisation psychologique et sociale » (Clot et Simonet, 2015, p. 46). Autrement dit, c'est le développement du pouvoir d'agir des professionnels qui est visé car ils sont les seuls à pouvoir convertir ces conditions de l'action en instruments réels d'action. Sur ce point, l'intervenant/chercheur doit rester modeste. La suite est indécidable et dépend de « l'avenir que les professionnels voudront donner à ce dialogue » (Prot, 2015, p. 52).

⁵² « what we share is not as interesting as what we don't share »

Au terme de cette présentation, nous appuyons sur le fait qu'une intervention en clinique de l'activité ne peut pas se résumer à ses simples méthodes. Ce type d'intervention s'inscrit dans la perspective des « sciences de terrain » dans une « tradition francophone d'analyse du travail ». Il s'agit du premier temps de la recherche où toute l'attention est dirigée vers la transformation du milieu au travers d'une méthodologie historico-culturelle. L'objet est de soutenir le développement du pouvoir d'agir des professionnels sur leur métier et leur activité. Cela se fait autour de la mise en place d'un cadre dialogique portant sur l'analyse de leur travail au sein d'un dispositif méthodologique en plusieurs phases : émergence d'une demande des professionnels et constitution d'un collectif de professionnel, co-analyse de l'activité, restitution au collectif, le tout ponctué de reprises au sein d'un comité de pilotage. Le cœur de ce dispositif, si nous pouvons le nommer ainsi, est la phase de co-analyse où est mobilisée la méthode des autoconfrontations. Le cadre théorique étant posé, nous allons maintenant présenter le contexte de l'intervention.

2. Le contexte de l'intervention : le centre François Gallouedec et ses programmes multidisciplinaires ciblant les TMS

Du fait de l'unité de temps et de professionnels nécessaires, les programmes multidisciplinaires ne peuvent se dérouler qu'au sein de centres de rééducation comme celui ayant accueilli notre recherche, le Centre François Gallouedec. Ils s'inscrivent donc dans une organisation plus large et peuvent prendre plus ou moins d'importance au sein d'un centre de rééducation. Traditionnellement, les programmes multidisciplinaires ciblaient la lombalgie chronique ; plus récemment, des programmes se sont développés pour d'autres pathologies chroniques en s'intégrant dans une démarche plus large de réadaptation professionnelle.

2.1. Le centre François Gallouedec : organisation générale

Le centre médical François Gallouedec, communément appelé « Centre Gallouedec », est un établissement de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) fondé en 1932, quelques années après l'Association d'Hygiène et de Santé de la Sarthe⁵³ dont il dépend (1924). Il s'agit d'abord d'un sanatorium accueillant des patients tuberculeux. La régression de la maladie oblige le Centre à se reconvertir au moment même où la politique des années 50 « dessaisit la société du handicap et le confie à la médecine » (Hamonet, 1997, p. 43). L'activité du Centre se réoriente vers la rééducation et la réadaptation. Il ne s'agissait encore que d'une jeune discipline dont des figures emblématiques comme Krusen⁵⁴ et Rusk⁵⁵ structurent à peine les enseignements médicaux de ce qui deviendra une nouvelle spécialité médicale sous l'appellation de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR).

Le Centre accueille, en hospitalisation complète ou de jour, les personnes à partir de 16 ans nécessitant des soins en rééducation. En 2009, l'activité est scindée sur 2 sites géographiques distants d'une quinzaine de kilomètres. L'hospitalisation de jour (HDJ) est dorénavant basée au Mans tandis que l'hospitalisation complète (HC) est demeurée à Parigné-l'Évêque.

Au regard du décret n° 2008-376 du 17 avril 2008, relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, le Centre Gallouedec a obtenu les autorisations suivantes pour l'exercice de l'activité SSR :

- Le site de Parigné-l'Évêque comprend 144 lits d'HC dont 84 lits de soins de suite médicaux et 60 lits de rééducation fonctionnelle. Il est habilité à recevoir des patients ayant des atteintes de l'appareil locomoteur,

⁵³ Un Organigramme général de l'Association d'Hygiène et de Santé de la Sarthe est présent en Annexe 3.

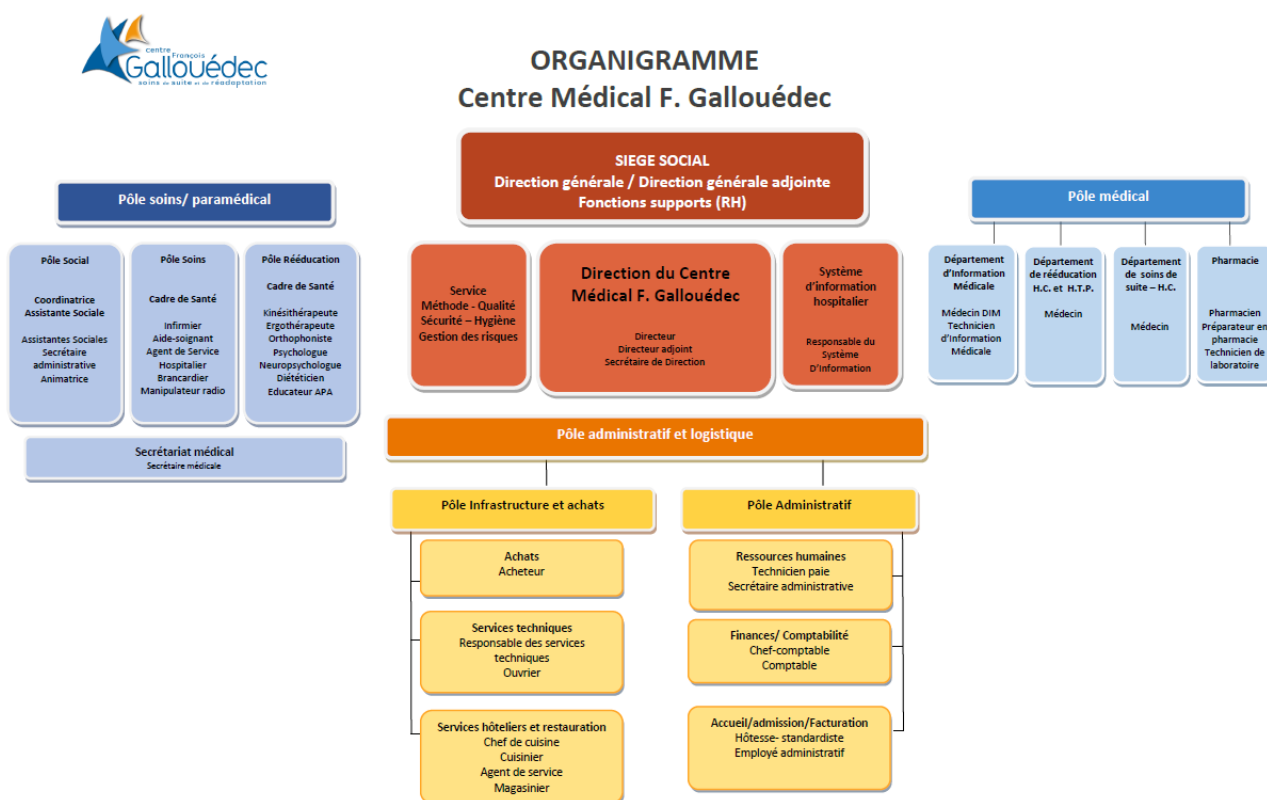
⁵⁴ Frank H. Krusen crée le 1er programme d'enseignement de médecine physique à la Mayo Clinic en 1936.

⁵⁵ Howard Rusk crée la spécialité « Rehabilitation medicine » à l'université de New York en 1947.

du système nerveux, des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens et liées aux conduites addictives. Des places sont aussi réservées aux soins palliatifs.

- Le site du Mans dispose de 53 places d’HDJ. La plupart des habilitations sont communes avec l’HC sauf les soins palliatifs. Par contre, il existe une activité propre de prise en charge des affections cardiovasculaires et respiratoires.

Trois pôles s’articulent autour de la direction du Centre, elle-même rattachée à la direction générale de l’A.H.S.S. (cf. Figure 13).



CMFG-INS- 2014- 0007 de février 2014

Figure 13. Organigramme du centre François Gallouédec

Présents dans le livret d’accueil du patient, les objectifs des soins de suite et de réadaptation sont « le retour à domicile et la réinsertion du patient dans son milieu de vie. ». Quatre finalités sont ainsi données aux prises en charge au sein du Centre :

- La limitation des handicaps physiques
- La restauration somatique et psychologique
- L’éducation du patient et éventuellement de son entourage
- La préparation de la sortie et la réinsertion sociale et professionnelle

Le médecin de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) est le coordinateur de la prise en charge des patients. C'est lui qui décide des admissions. Il définit le programme de rééducation initial et la durée de la prise en charge. Cette prise en charge sera réévaluée régulièrement lors de bilans médicaux. L'équipe pluridisciplinaire est en charge de mettre en œuvre le programme de soin et de rééducation défini par le médecin MPR. En plus du médecin, elle recouvre les professions suivantes : aide-soignant, assistante de service social, ergothérapeute, infirmier, kinésithérapeute, neuropsychologue, diététicien, orthophoniste, orthoprothésiste, psychologue.

Il existe une forte disparité des organisations et des pratiques en fonction des pathologies des personnes accueillies. Celles-ci ne seront pas à même de rencontrer tous les professionnels en fonction de leurs besoins. Les durées de prises en charge sont elles aussi très variables : de quelques semaines pour une affection de l'appareil locomoteur (ex. lombalgie) à plusieurs mois pour une affection neurologique (ex. accident vasculaire cérébral). Le contenu et les méthodes employées par les professionnels sont, elles aussi, grandement dépendantes de la pathologie. Notre intervention s'est focalisée sur le travail des professionnels de santé, et plus spécifiquement des ergothérapeutes, dans la prise en charge de patients atteints de Trouble Musculo Squelettique.

La prise en charge de patients atteints de Troubles Musculo Squelettiques est une des activités traditionnelles du Centre Gallouedec. Les patients sont pris en charge en individuel mais surtout en collectif lors de programmes multidisciplinaires en hôpital de jour. Sur l'année 2016, l'ensemble des prises en charge des patients douloureux chroniques représente environ le quart des patients pris en charge en hôpital de jour (236 patients pour 944 au total) mais surtout près du tiers des journées d'hospitalisation (4655 journées pour 15000 au total)⁵⁶. Les programmes multidisciplinaires sont davantage codifiés que les prises en charge individuelles. Pour les TMS, il existe deux programmes distincts que nous allons détailler : Restauration Fonctionnelle du Rachis (RFR) et Santé Travail Membre Supérieur (STMS).

2.2. Le programme de Restauration Fonctionnelle du Rachis

Le programme le plus ancien est un programme de Restauration Fonctionnelle du Rachis (RFR) destiné aux patients lombalgiques. Avant la scission sur deux sites géographiques, le programme accueillait des patients en HDJ et parfois en HC mais pour des exceptions très ciblées⁵⁷. Depuis la séparation, seule l'HDJ conserve des prises en charge collectives. L'HC n'accueille que plus ponctuellement des patients en prises en charge individuelles. A l'heure actuelle, les groupes RFR s'organisent sur une durée de 4 semaines. Chaque semaine, 7 à 8 patients viennent du lundi

⁵⁶ Données fournies par le Système d'Information Hospitalier du centre Gallouedec.

⁵⁷ Par exemple en cas de distance importante entre le centre et le domicile du patient, et absence de prise en charge adaptée à proximité de celui-ci.

au vendredi pour 3 demi-journées le matin (lundi, mercredi, vendredi) et 2 journées complètes (mardi et jeudi)⁵⁸. Il comprend les éléments suivants :

- 16 séances d'ergothérapie (17h15 au total)
- 12 séances de kinésithérapie (12h15) et 4 séances de relaxation (3h)
- 22 séances d'Activités Physiques Adaptées - APA (22h)
- 8 séances de balnéothérapie (8h)
- 1 séance d'information médicale par le médecin MPR (1h)
- 1 groupe de parole avec la psychologue et un autre thérapeute, souvent un kinésithérapeute (1h)
- 4 temps de synthèse regroupant les différents intervenants (7h) en présence du patient
- 7 ateliers thérapeutiques (7h) détaillés ci-dessous

Présentons succinctement les ateliers thérapeutiques à partir de leurs intitulés présents sur le planning des patients :

- Animés par un ergothérapeute
 - « Agir sur mon quotidien » : aider le patient à formaliser les compétences à acquérir pour améliorer sa condition de santé dans ses activités quotidiennes
 - « Réfléchir pour mieux agir » : comprendre les liens entre hygiène de vie et problématiques quotidiennes pour opérer des changements afin d'améliorer la santé
 - « Conseil à un ami » : réfléchir aux compétences dont on dispose pour faire face à une douleur aiguë et chronique à partir de cas pratiques
- Animés par un kinésithérapeute
 - « Le dos comment ça marche ? » : présentation anatomique et fonctionnelle
 - « Activité physique » : point sur les freins et les facilitateurs à la mise en place d'une activité physique régulière
 - « Questions pour un champion ? » : questions/réponses sur les exercices d'étirement et de renforcement musculaire
- Animé par une assistante sociale
 - « Le travail si on en parlait » : carte conceptuelle sur la reprise du travail pour identifier les ressources disponibles

Au final, le programme RFR comporte une part importante de réentraînement à l'effort pour améliorer les capacités fonctionnelles et réduire le déconditionnement physique secondaire à la pathologie. Il est complété par 6 ateliers thérapeutiques à visée cognitivo-comportementale, afin de lutter contre les représentations négatives de la maladie et les « peurs et croyances » associées. Le septième atelier permet d'évoquer le retour à l'emploi. Par contre, il n'existe pas dans ce programme RFR d'action spécifique en milieu de travail.

⁵⁸ Pour le détail, nous renvoyons à l'Annexe 3 qui présente le planning pour le groupe RFR du 29 mai au 23 juin 2017. Des variations dans la prise en charge existent en fonction de multiples aléas : jours fériés, rendez-vous à l'extérieur pour le patient, absence d'un thérapeute...

2.3. Le programme « Santé Travail Membre Supérieur »

2.3.1. STMS : un dispositif global de réadaptation au travail

En 2009, suite à une collaboration déjà existante, le service de Santé au Travail de la Sarthe (ST72) et le Centre Gallouedec décident de créer un réseau de prise en charge de salariés souffrant de TMS chroniques des membres supérieurs.

Cette initiative prend appui sur des recherches démontrant l'efficacité du travail en réseau et l'association d'une intervention en entreprise en complément d'un réentraînement à l'effort lors d'une prise en charge rééducative (Durand et al., 2007; Jégaden et al., 2016; Petit et Roquelaure, 2014; Roquelaure, 2015). Le modèle de référence de ce type de démarche, pour les salariés atteints de lombalgies d'origine professionnelle, demeure celui de Sherbrooke (Loisel et al., 1994, 1997). Un peu plus récent, le programme PREVICAP⁵⁹ s'est développé à destination de l'ensemble des salariés atteints de TMS sans distinction de localisation anatomique (Durand et Loisel, 2001; Durand, Vachon, Loisel et Berthelette, 2003). Son développement s'inspire de modèles de type personne-environnement et notamment celui de Processus de Production du Handicap (PPH) proposé par Fougeyrollas (2011; 1998). Sur le plan médico-économique, le programme PREVICAP montre des résultats prometteurs (Rivard et al., 2011).

La mise en place du réseau Sarthois mérite quelques développements afin de mieux comprendre la place qu'occupe la prise en charge rééducative au sein de celui-ci (cf. Figure 14). Une information préalable a permis de sensibiliser différents acteurs (médecins traitants, médecins du travail, employeurs) au dépistage de TMS pouvant correspondre aux indications de prise en charge en centre de rééducation. Ce sont ces acteurs de première ligne qui orientent dans un premier temps les salariés vers une consultation avec un médecin MPR. Cette consultation médicale permet de poser les indications et contre-indications avant une éventuelle consultation multidisciplinaire. La consultation pluridisciplinaire définit ensuite le protocole de prise en charge le plus adapté pour la personne (libéral, groupe STMS au centre Gallouedec...). Si une indication de prise en charge en centre de rééducation est retenue, une visite sur le lieu de travail est prévue pendant le séjour en HDJ. Cette visite était principalement organisée par l'ergonome référent à ST72. Elle associait : salarié/patient, employeur, médecin du travail, ergonome et ergothérapeute de Gallouedec. Notons que le départ de l'ergonome de ST72 (en mai 2014) et le non remplacement de sa fonction dans le protocole,

⁵⁹ PREvention des situations de handICAP au travail

oblige désormais les ergothérapeutes du centre Gallouedec à organiser eux-mêmes les visites en entreprise. Le protocole prévoit aussi une coordination des différents acteurs pour l'accompagnement au retour dans l'entreprise.⁶⁰

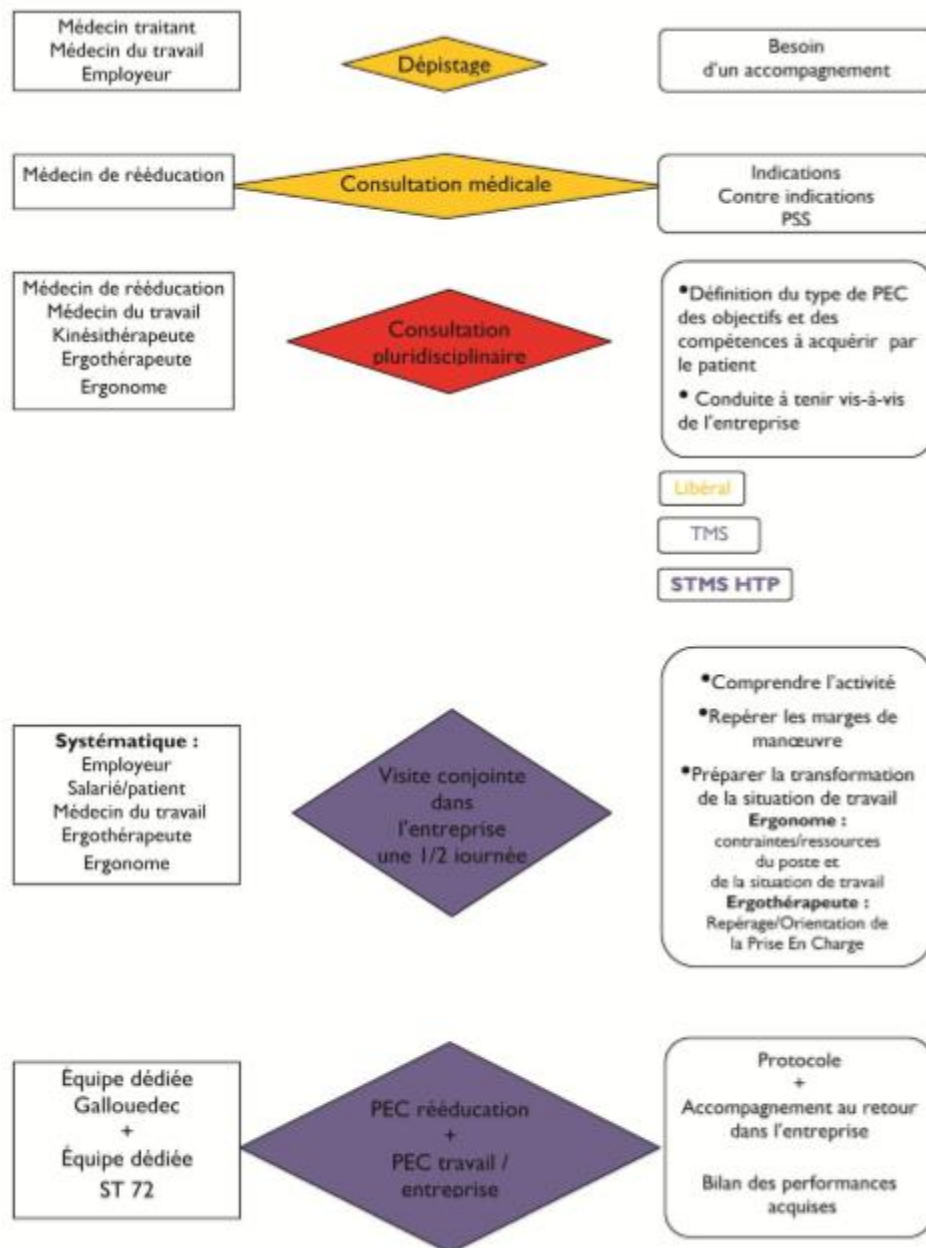


Figure 14. Synoptique du fonctionnement de STMS d'après Desarménien (2012)

⁶⁰ Précisons qu'il n'existe pas au centre Gallouedec d'unité d'insertion socioprofessionnelle COMETE France. Ces unités existent dans une cinquantaine de centre de soins de suite et de réadaptation spécialisés parmi les plus importants en France. Leur but est de mettre en place une Démarche Précoce d'Insertion socioprofessionnelle (Haute Autorité de Santé, 2011) : maintien au poste de travail, reclassement ou réorientation professionnelle. Non spécifique aux pathologies chroniques, la démarche s'adresse potentiellement à tout patient en âge de travailler. Ce dispositif n'existe pas au Centre Gallouedec, pour autant, la mission demeure.

2.3.2. La partie rééducative : le programme STMS

La partie qui va nous intéresser plus spécifiquement est la période de prise en charge en groupe au sein du centre de rééducation. En 2010, un programme spécifique a donc vu le jour au Centre Galloudec. Il accueille des patients atteints de douleur chronique cervico-scapulo-brachiale présentant un déconditionnement. Les objectifs sont un reconditionnement à l'effort, un travail sur l'hygiène et la qualité de vie et une réinsertion socioprofessionnelle. Les critères d'exclusion sont : une absence de motivation, des difficultés d'intégration dans un groupe, un refus d'une partie du programme.

Le protocole regroupe 4 patients pour une durée de 5 semaines. Les séances s'étalent du lundi au vendredi uniquement les matinées, sauf le lundi toute la journée. Le contenu de la rééducation s'est grandement appuyé sur les acquis des prises en charge des lombalgies chroniques. Des adaptations spécifiques à la pathologie ont cependant été nécessaires. Par exemple, un bilan nécessitant le déplacement de bouteilles d'eau pleines a été jugé trop contraignant pour des personnes atteintes des membres supérieurs. Les bouteilles d'eau ont été remplacées par des cubes en bois de quelques grammes. La prise en charge comprend ainsi⁶¹ :

- 13 séances d'ergothérapie (13h au total) avec en plus 5 ateliers geste professionnel (7h30 au total)
- 10 séances de kinésithérapie et d'étirements (7h30) avec en plus 5 séances de relaxations (3h45) et 13 séances d'auto-étirements* (6h30)
- 16 séances d'Activités Physiques Adaptées (15h30) et 5 d'auto-rééducations* en parallèle avec les synthèses individuelles du vendredi matin (2h30)
- 10 séances de balnéothérapie (10h)
- 1 séance d'information médicale par le médecin MPR (1h)
- 1 groupe de parole avec la psychologue (1h)
- 1 atelier « info travail » (1h) avec l'assistante sociale
- 5 temps de synthèse regroupant les différents intervenants (2h30) en présence du patient

**Séances réalisées en autonomie par le patient sans la présence d'un thérapeute*

Au final, l'économie du programme STMS au Centre de rééducation est relativement proche de celui du programme RFR sur le plan du réentraînement à l'effort. Par contre, il existe moins d'ateliers thérapeutiques, même si celui sur le travail est conservé. Avec l'intervention en milieu de travail sous la forme d'une visite en entreprise, nous retrouvons le triptyque des recommandations de prise en charge des TMS chroniques (Petit et Roquelaure, 2014) : programme de réentraînement à l'effort, programme éducatif et action en milieu de travail.

⁶¹ Pour le détail, nous renvoyons à l'Annexe 5 qui présente un planning type semaine par semaine. Comme pour l'organisation du groupe RFR, des variations existent en fonction de multiples aléas.

2.3.3. Une spécificité du programme STMS : l'atelier geste professionnel

Ce qui nous semble être l'originalité la plus notable du programme STMS est son atelier « geste professionnel » animé par deux ergothérapeutes : Claire et Marie. Il n'existe pas d'équivalent dans le programme RFR. Cet atelier a été créé conjointement avec le protocole STMS.

A l'origine, l'objectif était de « reproduire » le travail des patients, projet somme toute ambitieux. Mais devant la complexité et l'immensité des possibles, les ergothérapeutes se sont concentrés sur une séquence de travail choisie avec le patient comme étant selon lui la plus difficile. Une séance collective est réalisée avant l'atelier geste professionnel à proprement parlé pour permettre aux patients de décrire leur travail au sens large du terme : poste, vécu, histoire professionnelle... La séquence de travail à simuler est retenue durant cette séance collective.

Plusieurs ateliers geste professionnel se déroulent ensuite avec les 4 patients simultanément (cf. Figure 15). Les deux ergothérapeutes animent conjointement cet atelier. En cas d'absence de l'une des deux, elle n'est pas remplacée. L'atelier débute par la mise en place des « postes de travail »⁶². Chaque patient, seul ou avec l'aide d'une ergothérapeute disponible, se saisit du matériel environnant pour tenter de reproduire un *simulacre*⁶³ de la séquence de travail reconnue comme difficile. Le matériel à disposition se décline en objets très divers non spécifiques: étagères, cartons, briques, chariots, sièges, caisses...



Figure 15. Atelier geste professionnel au centre François Gallouedec

Une fois le poste organisé, les patients sont invités à : « travailler ». Dans ce cadre la consigne est peu formalisée. Les ergothérapeutes passent ensuite de poste en poste pour analyser et évaluer, avec le patient, comment il pourrait faire différemment en cas de geste estimé non adapté pour la santé. L'accent est mis sur comment le patient utilise son corps (écartement des pieds, position du coude...) plutôt que sur les aménagements possibles du poste de travail dans

⁶² Sauf indication contraire, le terme de « poste de travail » renverra à l'artefact construit avec le patient durant l'atelier geste professionnel et non à celui de son entreprise.

⁶³ Terme employé par Marie durant une autoconfrontation croisée pour signifier qu'elle a conscience de la distance qui les sépare d'une « vraie simulation ». Le turnover permanent de patients provenant de domaines professionnels très différents rend difficile une logique d'apprentissage par la simulation au sens de Pastré (2005).

son entreprise (ex. baisser des éléments trop hauts nécessitant l'élévation de la main au dessus de la ligne des épaules). Les interventions des ergothérapeutes occasionnent deux principaux types de réponse : soit le patient tente de s'approprier une nouvelle façon de faire, soit il donne des précisions sur son poste de travail afin d'améliorer la simulation (ex. évocation d'un élément non présent ou mal représenté par le matériel à disposition).

L'atelier geste professionnel s'articule avec la réalisation d'une visite en entreprise. Les buts de cet atelier peuvent être remodelés en fonction qu'il se déroule avant ou après la visite en entreprise. Il est cependant impossible de mettre en place un planning systématique organisant l'ordre entre atelier et visite du fait des multiples intervenants sollicités (employeur, médecin du travail...). Du point de vue des ergothérapeutes, cette visite est un moment charnière entretenant des relations interfonctionnelles avec l'atelier geste professionnel :

- L'activité des ergothérapeutes lors de l'atelier et la visite en entreprise partagent comme but la création d'un lien avec le patient autour d'un objet commun : le travail du patient. Du point de vue des ergothérapeutes, l'atelier geste professionnel et la visite en entreprise ont donc été conçus comme des instruments dans le but de dépasser l'objection des patients sur la méconnaissance des professionnels de santé à propos du travail réalisé dans l'entreprise. C'est ce qu'exprime très bien Claire, l'une des ergothérapeutes participant à l'atelier geste professionnel, recevant de façon « violente » les objections des patients. C'est cette tension des ergothérapeutes confrontés au travail du patient qui a été exposée à la fin de l'intervention (cf. Extrait 2) et qui a participé à la construction des objets de cette thèse.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 1. <i>Intervenant/chercheur. Moi j'avais une autre question toute bête mais pour les groupes de lombalgiques, il n'y a pas d'atelier geste professionnel?</i>• 2. <i>Dr B. Euh non. Que dire. Ca me paraît moins problématique pour les lombalgiques.</i>• 3. <i>Is. Ah si. Après la difficulté c'est qu'ils sont huit. C'est une question d'ordre pratique.</i>• 4. <i>Dr B. Oui voilà.</i>• 5. <i>Me. Ils sont quatre, elles sont deux. Ils sont huit, je suis seule.</i>• 6. <i>Is. Pourquoi on a fait ça. C'est aussi à partir des réactions des lombalgiques, ouais 'de toute façon vous ne savez pas ce que je fais au travail'. C'est cette violence qui sortait dans la parole des gens parce que vous ne savez pas ce que je fais comme travail donc ça ne sert à rien de me dire ce que je dois faire au travail.</i> |
|--|

Extrait 2. Réunion bilan de l'intervention : la « violence » des objections des patients

- L'atelier geste professionnel peut servir à préparer la visite en entreprise quand celle-ci se déroule après. Les ergothérapeutes sont alors amenées à demander davantage de précisions sur le travail du patient, en partie pour organiser la simulation de travail durant l'atelier, mais aussi pour se préparer à ce qu'elles vont voir durant la visite en entreprise.
- Inversement, la visite en entreprise permet d'orienter le travail réalisé en atelier geste professionnel. Ce qui a été vu permet d'améliorer la simulation mais peut aussi orienter la rééducation. Le terme de visite en entreprise n'est pas anodin et le mot visite est plutôt bien choisi. On visite pour découvrir, voir et entendre. La visite en entreprise est pensée comme un outil de découverte de ce que fait réellement le patient à son

travail⁶⁴. Cela permet d'adapter le contenu même de l'atelier geste professionnel pour s'adapter aux contraintes du travail de chacun des patients. C'est ce point que nous retrouvons présent dans la présentation synoptique du fonctionnement de STMS (cf. Figure 16) sous l'intitulé « Ergothérapeute : Repérage/orientation de la prise en charge ».



Figure 16. Objectifs de la visite en entreprise dans le dispositif STMS

En résumé, les programmes multidisciplinaires du Centre François Gallouedec s'intéressent à divers type de TMS chroniques en ciblant soit le rachis, soit les membres supérieurs. Bien que différente dans le détail, l'économie générale des programmes est relativement similaire. A notre sens, la différence la plus notable est l'existence d'un atelier spécifique sur les gestes professionnelles au sein du programme STMS, programme s'inscrivant dans une démarche plus globale de réadaptation au travail. Mais les descriptions que nous venons de faire ne reflètent que les organisations générales, elles ne renseignent qu'assez peu sur le contenu de la « boîte noire », à peine nous en donnent-elles les contours.

Nous pouvons donc nous poser la question de savoir ce que recouvre précisément le terme d'« orientation de la prise en charge » (cf. Figure 16) dans un contexte de prises en charge rééducatives relativement standardisées ? Subrepticement abordée, notamment lors d'études sur les Évaluations des Capacités de Travail (ECT), elle ne fait guère l'objet de développements importants dans les écrits scientifiques (Durand et al., 2008; Loisel, Durand, Baril, Langley et Falardeau, 2004; Roy, Durand et Corriveau, 2011). Quelles relations entretient le travail des patients avec les objets, les buts et les instruments de l'activité des ergothérapeutes lors d'un atelier geste professionnel par exemple ?

C'est bien la question du travail dans les programmes multidisciplinaires qui est au cœur de notre projet de recherche. Cette question du travail peut être considérée de deux manières différentes selon que l'on s'intéresse au travail des professionnels de santé ou au travail des patients. Encore une fois, notre parti pris est de prendre cette question du côté du travail de ceux qui s'intéressent au travail des patients dans les programmes multidisciplinaires. Bien que

⁶⁴ Notons aussi que ce déplacement sur le lieu de travail du patient n'est pas conçu comme une intervention même s'il en est une. L'interaction provoquée entre les acteurs du retour à l'emploi (patient/salarié, employeur, médecin du travail) participe, en soi, au processus de retour au travail.

chacun des professionnels de santé évoluant dans ces programmes soit confronté d'une manière ou d'une autre à la question du travail des patients, cette question semble particulièrement concerner les ergothérapeutes comme nous avons déjà pu le mentionner. C'est pourquoi l'intervention qui a été mise en place s'est focalisée sur le travail des ergothérapeutes quand ils s'intéressent eux-mêmes au travail du patient. Il a donc été nécessaire de former un groupe de pairs d'ergothérapeutes afin qu'ils puissent analyser la « boîte noire ». Ce fut tout l'objet de l'intervention que de construire un cadre méthodologique organisant une activité d'analyse de leur propre travail par les ergothérapeutes.

3. L'intervention au centre François Gallouedec

L'intervention qui s'est déroulée au Centre François Gallouedec n'a pas pris sa source dans une demande de l'institution. C'est davantage la rencontre d'interrogations entre l'intervenant/chercheur et les professionnels du centre Gallouedec qui a permis la mise en place d'une intervention dont la demande s'est construite tout au long de son développement.

3.1. La genèse de l'intervention : d'un projet de recherche à une intervention de terrain

Dans cette partie, nous allons décrire comment une simple remarque de patients adressée à un psychologue du travail s'est transformée en une intervention de 3 ans prenant pour objet le travail d'ergothérapeutes.

3.1.1. A l'origine : le ré-adressage d'une question

En tant que psychologue du travail exerçant au sein d'une unité d'insertion socioprofessionnelle (COMETE France) en centre de rééducation, nous sommes amenés à suivre des patients atteints de TMS pris en charge dans le cadre de programmes multidisciplinaires. Notre travail consiste à accompagner les patients dans un processus de reconversion professionnelle quand le maintien à leur poste de travail n'est plus possible. Bien que non concernés directement par le retour à leur ancien poste de travail, nous pouvions régulièrement entendre les patients s'exprimer ainsi : « C'est bien beau ce que j'ai appris ici mais au travail ce n'est pas faisable ». Nous occupant de réorientation professionnelle, l'interpellation ne nous semblait pas destinée. Pour autant, en tant que psychologue, nous étions interpellés par ce discours en forme de litanie. C'est donc la volonté de mieux comprendre ce qui se tramait derrière ces propos qui est à l'origine de ce projet de recherche. Nous avons alors souhaité donner un cadre formel à cette interrogation en l'insérant dans un projet de thèse. Profitant de la volonté de collaboration entre 2 laboratoires, ceci a abouti à une inscription à l'université d'Angers sous la direction du Pr Roquelaure (équipe Ester, ex LEEST) en codirection avec Jean-Luc Tomás du Cnam Paris (CRTD). Notre interrogation se retrouvait donc prise entre d'un côté un laboratoire à Angers intéressé par la problématique des TMS au travail et de l'autre une équipe déployant la méthodologie décrite lors du précédemment chapitre et s'intéressant aussi au travail mais sous l'angle de l'activité et du métier. Il restait à faire converger ces intérêts vers une intervention pouvant servir de support à la recherche.

Pour des raisons méthodologiques évidentes, il n'était pas possible de réaliser cette intervention sur notre lieu de travail habituel. Un premier contact a été pris avec un centre de rééducation d'un autre département que la Sarthe. La démarche d'intervention a été présentée à l'été 2013. Après réflexion, la cadre responsable n'a pas souhaité engager ni elle ni ses équipes dans un tel processus. Au vu de la teneur des échanges, une intervention prenant comme objet le

travail des professionnels en centre de rééducation semblait à même de mettre en péril un certain équilibre. Cette hypothèse restera bien sûr, à jamais, impossible à confirmer. Un second contact a été pris avec un médecin MPR d'un second centre de rééducation présent sur le département de la Sarthe (le centre François Gallouedec). Ce médecin (Dr B.) est reconnu de longue date pour la prise en charge de patients atteints de TMS. Il s'est longuement occupé des prises en charge de Réentraînement à l'Effort des Lombalgiques dans ce centre. C'est aussi lui qui a participé à la mise en place du programme STMS que nous avons décrit auparavant, programme dont il est encore le médecin référent. Ce contact a permis d'organiser une première réunion.

Une réunion de présentation du projet d'intervention s'est déroulée le 20 novembre 2013. Elle a regroupé le Dr B. et les deux cadres de santé (HDJ et HC) du Centre Gallouedec. Cette réunion a été l'occasion pour les participants d'exprimer leurs attentes vis-à-vis de l'intervention, de déterminer l'objet et les protagonistes concernés ainsi que certaines limites :

- L'expression des attentes a priori a permis au Dr B. d'exprimer son intérêt pour l'analyse du travail d'équipe dans les prises en charge multidisciplinaires (un des rôles du médecin étant la coordination des prises en charge). La cadre de santé de l'HDJ (kinésithérapeute de formation) y aurait vu l'occasion de l'analyse du travail des kinésithérapeutes tandis que la cadre d'HC (ergothérapeute de formation) était intéressée par celui des ergothérapeutes.
- Suite à la présentation de la méthodologie proposée, les protagonistes ont entendu l'intérêt de la méthode qui était de focaliser l'intervention sur et avec les professionnels et non pas sur les patients. Le choix de focaliser l'intervention sur le travail des professionnels se préoccupant du travail des patients dans les prises en charge multidisciplinaires à orienter unanimement l'attention vers le métier d'ergothérapeute comme étant celui « ayant le plus à faire avec la question professionnelle des patients au sein de l'établissement ». D'une certaine manière, l'ensemble des professionnels œuvrant dans les programmes multidisciplinaires s'intéresse à la question professionnelle des patients ne serait-ce qu'au travers du retour à l'emploi qui est l'un des buts de ces programmes. Cependant, l'activité des ergothérapeutes est perçue par les participants à la réunion comme celle pouvant prendre comme objet même le travail des patients.
- La cadre d'HC a demandé si elle pouvait participer à la démarche comme ergothérapeute. Question légitime car elle animait à l'époque un atelier auprès des patients en lien avec les démarches socioprofessionnelles. Cependant, le choix a été fait de ne pas l'inclure dans la démarche comme ergothérapeute mais en tant que cadre.

Cette réunion a permis de poursuivre le renversement de la question de départ. De l'interrogation d'un psychologue pour comprendre pourquoi des patients exprimaient une difficulté à transposer des acquis de rééducation dans leur environnement ordinaire de travail ; la question s'est retournée vers le travail des professionnels de rééducation, à l'origine desdits acquis.

La remarque initiale des patients - « C'est bien beau ce que j'ai appris ici mais au travail ce n'est pas faisable » - est d'abord adressée à un psychologue qui la réadresse à deux laboratoires pour en faire une question de recherche avant d'être à nouveau réadressée aux professionnels du centre de rééducation pour en faire un objet potentiellement discutable. Ces réadressages successifs ont permis la transformation de l'objet d'attention vers le travail des ergothérapeutes quand il est dirigé vers le travail des patients (cf. Tableau 2). Contrairement au premier centre de rééducation sollicité, c'est l'engagement de nouveaux destinataires vis-à-vis de la question posée qui a permis d'en faire l'objet d'une intervention.

Focale 1	Focale 2
« Ce que j'ai appris ici » / Le patient	Mon travail d'ergothérapeute
« mais au travail ce n'est pas faisable » / Le travail du patient	Mon travail d'ergothérapeute dirigé vers le travail des patients

Tableau 2. Transformation de la préoccupation des ergothérapeutes

Pour que l'intervention puisse définitivement se mettre en place, le Dr B. a demandé et obtenu l'autorisation du chef d'établissement. Cette autorisation donna lieu à la signature d'une convention d'accueil précisant les modalités d'intervention. Le temps passé pour l'intervention par les ergothérapeutes était ainsi considéré comme du temps effectif de travail, actant ainsi l'engagement de l'établissement. Un groupe de travail avec les professionnels volontaires pouvait être constitué.

3.1.2. Pour commencer l'intervention : la résonance entre la question d'un chercheur et une énigme de métier

Le 12 décembre 2013, une présentation du projet d'intervention s'est tenue auprès de l'ensemble des ergothérapeutes du centre Gallouedec. Nous avons pu profiter d'une « réunion intersite » organisée ponctuellement par la cadre de santé de l'HC, qui était aussi la référente métier des ergothérapeutes. La réunion s'est déroulée en présence de la cadre de santé d'HC, du Dr B. et de l'ensemble des ergothérapeutes du centre : HC (5 ergothérapeutes) et HDJ (5 ergothérapeutes).

Cette réunion a permis de vérifier si notre question de départ entrait en résonance avec les préoccupations des ergothérapeutes et, si oui, de quelle manière ? D'emblée, le côté « habituel » du discours des patients sur l'impossibilité de reproduire au travail ce qu'ils avaient appris en rééducation se trouvait confirmé. Le point central partagé avec et par les ergothérapeutes était donc bien la réalité de ce type de discours des patients au travers de leur métier d'ergothérapeute. Elles en étaient d'ailleurs affectées. La question du travail des patients appartient au périmètre de leur métier tout en convenant qu'ils « n'arrive[nt] pas à aller forcément loin sur la partie professionnelle » (cf. Extrait 3). L'extrait ci-dessous illustre la tension à l'intérieur du métier d'ergothérapeute entre

une préoccupation réelle pour le travail des patients et les difficultés pour s’y confronter. Cet extrait est tiré d’une autoconfrontation croisée entre deux ergothérapeutes d’hospitalisation complète qui ne participent pas à l’atelier geste professionnel. La vidéo visionnée présente une toute dernière séance de rééducation où un patient tente d’expliquer à une ergothérapeute ses contraintes professionnelles comme peintre industriel. Il doit porter seul des structures métalliques assez encombrantes et déjà peintes. Il doit donc en toucher le minimum de surface pour ne pas « abimer » la peinture fraîche, ce qui limite sensiblement ses manières de porter les structures. La séquence vidéo montre l’ouverture par le patient d’une question sur son travail qui contraste avec une dernière séance de rééducation où l’ergothérapeute tente de conclure la prise en charge rééducative.

1. *Intervenant/chercheur. Là, la personne c’est souvent le cas, elle reparle du travail.*
2. *F. Oui, à la fin du bilan.*
3. *Intervenant/chercheur. Ils parlent boulot.*
4. *F. Effectivement, je n’ai plus cette peur de bouger spontanément mais au travail est ce que je vais effectivement ne plus avoir cette peur non plus ? Ou, à mon poste je vais me dire tiens je vais me faire mal.*
5. *Intervenant/chercheur. Les postures spontanées qu’il peut prendre là [en rééducation] il a du mal.*
6. *F. Il ne sait pas s’il va pouvoir le reproduire dans un contexte contraint effectivement. C’est aussi, enfin je trouve, cette partie qui nous manque. On n’arrive pas à aller forcément loin sur la partie professionnelle.*
7. *Intervenant/chercheur. Ca demeure une question à laquelle on ne répond pas pendant le stage, qui ré-émerge à la fin. Qui vous embête vous.*
8. *Mt. Qui nous embête parce qu’on peut pas les aider.*
9. *F. Oui, qui nous embarrasse.*

Extrait 3. Autoconfrontation croisée entre deux ergothérapeutes : « On n’arrive pas aller forcément loin sur la partie professionnelle »

Cette première rencontre marque le début du déplacement de l’objet d’attention des ergothérapeutes. D’un intérêt constant et intense pour les patients, la proposition d’intervention permettait de prendre son travail comme objet d’analyse. Cela n’était pas sans poser des réticences notamment au regard de la technique des enregistrements vidéo nécessitant d’apporter des précisions sur le cadre posé par l’intervention : les enregistrements vidéo ne seraient visionnés que par les personnes faisant partie du groupe de travail d’ergothérapeutes ; si des images devaient être diffusées en dehors, cela serait d’abord soumis à l’aval de ce groupe de travail.

Tous les ergothérapeutes présents ont accepté de participer à cette « expérimentation clinique ». Mais du fait des organisations de travail au sein du centre de rééducation, certains professionnels allaient être moins concernés que d’autres. Deux ergothérapeutes ne prenaient pas en charge de patients atteints de TMS mais partageaient l’interrogation sur la place de la question professionnelle au sein de leur travail de rééducation, question qui demeure une forme d’énigme non complètement résolue par le métier.

3.1.3. Dispositif et calendrier de l'intervention

L'intervention s'est déroulée de janvier 2014 à décembre 2016 avant de pouvoir organiser une dernière réunion du comité de pilotage seulement en avril 2017. Initialement prévue pour une période de 24 mois, l'intervention s'est prolongée pour des raisons très diverses :

- Un éclatement de l'intervention sur deux sites distants, des disponibilités restreintes des professionnels mais aussi de l'intervenant/chercheur (salarié à temps plein en parallèle) ont entraîné des difficultés de planification que ce soit des autoconfrontations ou des réunions. Pour simplifier cette planification, nous avons donc choisi de pratiquer une alternance de l'intervention sur l'HC puis sur l'HDJ. Il s'agissait aussi d'assurer une certaine continuité entre les enregistrements vidéo de séquences de travail et les autoconfrontations.
- Les deux ergothérapeutes concernées par le protocole STMS ont aussi demandé à refaire une nouvelle série d'autoconfrontation à partir d'un nouvel enregistrement d'une même séquence de travail (l'atelier geste professionnel). Nous reviendrons ultérieurement sur ce dernier point qui a aussi contribué à l'allongement de la durée de l'intervention.

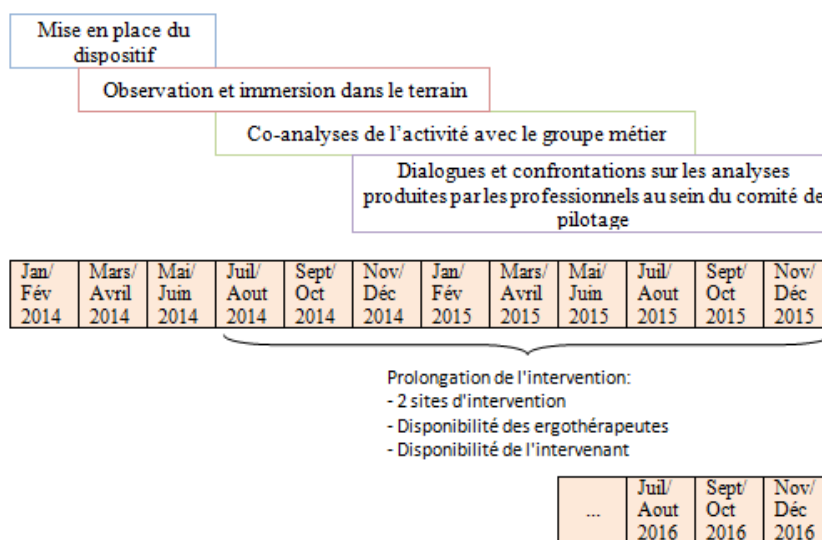


Figure 17. Planning de l'intervention

L'intervention s'est articulée autour de différentes phases alternant les rôles d'objectif et de moyen les uns pour les autres : observation, autoconfrontation, groupe de travail et comité de pilotage. La plupart de ces phases ont donné lieu à des enregistrements vidéo. En tout, ce sont plus d'une centaine d'heures d'enregistrements vidéo et 24 heures pour les seules autoconfrontations croisées. L'intervention a provoqué :

- 72 séquences de travail filmées en vidéo
- 26 séances de travail en autoconfrontation simple (18 seront exploitées)

- 9 séances de travail en autoconfrontation croisée (1 autoconfrontation est comptabilisée comme le visionnage respectif des deux participants)
- 5 réunions du groupe de travail des ergothérapeutes
- 2 séances de travail spécifiques avec les deux ergothérapeutes s’occupant des prises en charge dans le programme STMS et donc de l’atelier geste professionnel
- 3 réunions du comité de pilotage

La mise en place d’un comité de pilotage répond à l’objectif de faire se rencontrer « le point de vue de l’organisation du travail et celui du travail réel » (Miossec, Donnay, Pelletier et Zittoun, 2010, p. 201). Ce comité de pilotage s’est constitué autour :

- Du directeur du Centre Gallouedec
- Du médecin référent du programme STMS
- Des deux cadres de santé d’HC et HDJ
- De deux représentants des ergothérapeutes
- De l’intervenant/chercheur

Le tableau ci-dessous présente une synthèse chronologique de l’intervention.

Période	Objet	Remarques
20 novembre 2013	Présentation du projet d’intervention au Dr B. et aux cadres de santé	
12 décembre 2013	Présentation du projet d’intervention aux ergothérapeutes	En présence du Dr B. et de la cadre de santé d’HC aussi référente des ergothérapeutes
Janvier 2014	Signature de la convention d’accueil	
Janvier à mars 2014	1ères observations de terrain	Permet le recensement des séquences de travail des ergothérapeutes lors d’une prise en charge rééducative
27 mars 2014	1ère réunion du groupe de travail des ergothérapeutes	Choix des séquences de travail qui feront l’objet d’une attention particulière
Avril à juin 2014	Début des enregistrements vidéo de séquences de travail	
13 juin 2014	1ère réunion du comité de pilotage	
Juin 2014	Début des autoconfrontations simple	Essentiellement sur le site d’HC
Septembre 2014	Début des autoconfrontations croisées	Essentiellement sur le site d’HC
Janvier 2015	Poursuite des autoconfrontations simples	C’est à cette période que s’effectue la bascule de l’intervention du site d’HC à celui d’HDJ.
Septembre 2015	Poursuite des autoconfrontations croisées	Essentiellement sur le site d’HDJ

Octobre 2015	2nde réunion du comité de pilotage	
Décembre 2015	Dernière autoconfrontation simple	Tout site confondu
26 janvier 2016	2nde réunion du groupe de travail des ergothérapeutes	Reprise des « trop nombreuses » questions issues des autoconfrontations croisées.
22 mars 2016	3ème réunion du groupe de travail des ergothérapeutes	Recentrage sur la question de la place du travail en rééducation au regard de l'efficacité des pratiques des ergothérapeutes
Juin 2016	Dernière autoconfrontation croisée	Tout site confondu
Décembre 2016	4ème groupe de travail avec les ergothérapeutes	Décision sur l'opportunité et le contenu d'une éventuelle dernière réunion du comité de pilotage
Avril 2017	5ème réunion du groupe de travail	Validation de la présentation et des montages vidéo qui seront présentés lors du comité de pilotage
Avril 2017	3ème réunion du comité de pilotage	Bilan de fin d'intervention

Tableau 3. Chronologie de l'intervention

L'origine de l'intervention menée au centre Gallouedec prend sa source dans une simple remarque de patients exprimant leurs perplexités sur la possibilité de transposer ce qu'ils ont appris au sein d'un centre de rééducation dans leur contexte de travail. Cette remarque d'abord adressée à un psychologue du travail s'est transformée en une interrogation sur le travail des professionnels de santé s'intéressant eux même au travail des patients qu'ils accompagnent. C'est l'engagement des salariés du centre Gallouedec vis-à-vis de cette question qui a permis sa transformation en objet de l'intervention, celle-ci pouvant alors se déployer. L'investissement dont les professionnels du centre Gallouedec ont fait preuve tout au long du dispositif révèle un intérêt, voire un besoin, pour la reprise en main de leur propre travail quand ils s'intéressent au travail du patient.

3.2. Des observations au bilan final

Comme nous l'avons vu, l'intervention que nous avons réalisée ne s'est pas construite sur la base d'une commande initiale. C'est davantage la proposition d'intervention d'un chercheur qui est entrée en résonance avec des interrogations d'ergothérapeutes qui, jusque-là, n'avaient pas trouvé à s'exprimer ; interrogations autour du travail de professionnels de santé confrontés à la question du travail des patients qu'ils prennent en charge. La visée méthodologique de l'intervention que nous avons mise en place ne se contentait pas de rester une simple source d'engagement dans de nouvelles activités (autoconfrontation, groupe de travail, comité de pilotage), elle devait pouvoir devenir une ressource, dans leur travail, pour les professionnels qui s'y sont engagés.

3.2.1. La phase d'observation : des tâches très diverses

Comme explicité dans la méthodologie, la première phase de l'intervention a consisté en de multiples observations sur le travail quotidien des ergothérapeutes. Ces observations nous ont permis de répertorier les séquences de travail ordinaires des ergothérapeutes quand elles prennent en charge des patients avec des TMS. Même si la question du travail du patient peut émerger au cours des différentes tâches, l'atelier geste professionnel est le seul cadre systématique s'intéressant explicitement au travail du patient.

Le découpage des séquences de travail proposé nous est propre et ne correspond pas à un découpage existant pour les ergothérapeutes. De même, les séquences de travail n'ayant pas toujours d'appellation spécifique, nous avons repris celles existantes et le cas échéant en avons attribué aux autres.

a. Bilans et enregistrements vidéo

Les prises en charge rééducatives commencent toujours par une phase de bilan initial, une sorte d'état des lieux destiné davantage aux ergothérapeutes qu'aux patients. Les conclusions du bilan ont plusieurs fonctions. Elles servent à définir avec le patient des axes de rééducation, à orienter la pratique des ergothérapeutes, à informer le médecin et les collègues sur les aspects investigués. Nous pouvons mettre dans cette catégorie un protocole ancien encore utilisé dans les prises en charge individuelles sur le site d'HC consistant en : un test de port de charge (PILE), la mesure de la distance doigt sol (DDS), une évaluation de la marche et de la course, la flexion/extension de hanche debout, la flexion/extension de hanche au sol, l'évaluation qualitative du relevé à partir du sol, le ramassage de cubes (légers) au sol et l'exercice des « bouteilles ».

L'exercice des « bouteilles » est un test « maison ». Il n'a pas fait l'objet d'un étalonnage mais demeure très codifié. Il consiste à déplacer des bouteilles pleines d'1,5 litre à partir de caisses au sol dans des casiers à différentes hauteurs. A l'origine, le thérapeute devait adapter les hauteurs des plateaux à des repères anatomiques : genoux, hanche et épaule. Le peu de praticité des crémaillères supportant les plateaux et le temps contraint ont modifié la pratique.

L'usage est désormais de laisser les plateaux toujours à la même hauteur. D'« anthropométrique », le protocole est devenu « ergométrique » (Mayer et al., 1988). Ce détail n'est pas sans importance. Il a notamment donné lieu durant les autoconfrontations à des échanges sur la nature de l'information recherchée lors de ce test des « bouteilles » : l'instrumentation du corps dans un contexte standardisé anatomiquement ou l'instrumentation stratégique dans un contexte fixe peu importe la morphologie du patient.

Ce protocole a largement été diminué en HDJ où on ne retrouve que la DDS, le PILE et l'exercice des bouteilles. Dans le protocole STMS, les bouteilles sont remplacées par des cubes beaucoup plus légers. Les protocoles de ces bilans initiaux servent aussi pour les bilans de fin de prise en charge mais dans une toute autre perspective (évaluation des différences avec le bilan initial, détermination de nouveaux objectifs pour la sortie du centre, encouragement à montrer une certaine évolution...). La passation de certains bilans écrits est parfois dévolue aux ergothérapeutes (Dallas, FABQ...).



Figure 18. Différents exercices du bilan d'évaluation initial



Figure 19. Bilan des bouteilles et variante avec des cubes

Tous ces bilans font l'objet d'enregistrements vidéo qui sont visionnés avec le patient. Dans le cadre spécifique du protocole STMS, la visite en entreprise réalisée par un ergothérapeute donnera aussi lieu à un enregistrement vidéo du patient à son poste de travail dans son entreprise. Cet enregistrement sera visionné par la suite lors d'une séance de rééducation.

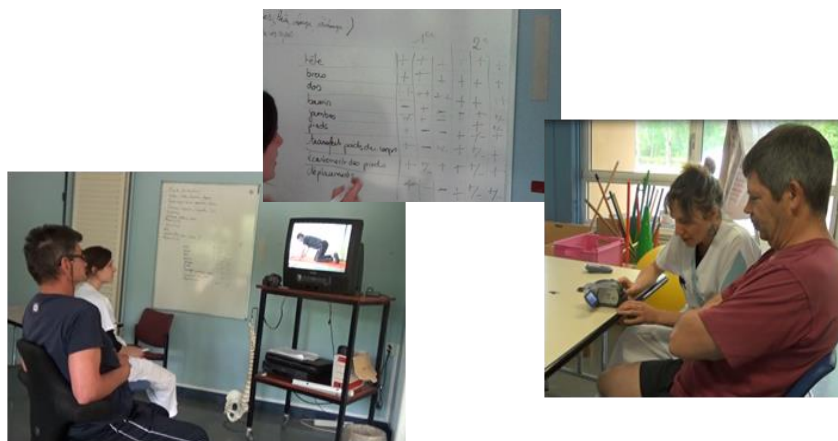


Figure 20. Visionnage et analyse des bilans filmés

b. Exercices de rééducation

Les exercices de rééducation en tant que tels sont variés et mobilisent principalement le corps. Mentionnons juste :

- L'exercice des « grenouilles » consistant à se lancer avec le patient une grenouille en plastique dans diverses positions dans un but d'échauffement.
- Les déplacements de divers artefacts (cube, plot, tore, brique...) dans diverses conditions de fréquences et de hauteurs. Ces variations évoluent avec l'évolution des capacités fonctionnelles du patient.
- Le jeter arrière de cube pour un travail de la flexibilité rachidienne.
- Le travail spécifique sur le port de charge lourde.
- ...



Figure 21. Exemples d'exercices de rééducation

c. Mises en situation

Une catégorie particulièrement importante de séquences de travail pour les ergothérapeutes consiste à élaborer des mises en situation. Ces mises en situation peuvent faire référence à des Activités de Vie Domestique⁶⁵ (repassage, ranger des courses, passer l'aspirateur...), à la conduite automobile (peu utilisée dans le cadre des TMS même si le positionnement à la conduite est souvent abordé) et au travail du patient. *Au Centre Gallouedec, les mises en situation professionnelle ne sont organisées systématiquement que dans le cadre du protocole STMS et de l'atelier geste professionnel*, mais elles peuvent apparaître très ponctuellement au cours d'autres prises en charge. Ces mises en situation professionnelle font particulièrement appel à l'imagination de l'ergothérapeute, mais aussi du patient qui tente de reproduire les contraintes d'une séquence particulière de son travail ordinaire. Les contraintes matérielles

⁶⁵ Parfois appelé un peu trop rapidement Activité de Vie Quotidienne (AVQ) en rééducation. Il convient de distinguer deux classifications différentes mais complémentaires permettant d'évaluer l'autonomie d'une personne (Noelker et Browdie, 2014). D'un côté les Activités de Vie Quotidienne regroupent des tâches élémentaires tels que se laver, se nourrir, aller aux toilettes... Ces AVQ peuvent aussi être appelés Actes Essentiels de la Vie quotidienne et en anglais Activities of Daily Living (ADL). D'un autre côté, les Activités de Vie Domestique (AVD) regroupent des tâches non fondamentales mais permettant à une personne de vivre de façon autonome en communauté tels que : faire ses courses, préparer ses repas, faire son ménage... Ces AVD peuvent aussi être appelés Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (AIVQ) et en anglais Instrumental Activities of Daily Living (IADL). Le travail est exclu de ces classifications.

tendent d'être approchées au travers d'un matériel très hétéroclite collecté au fil des ans (étagère, poids plus ou moins lourd, chariot, cartons, aspirateur...) ou emprunté au sein même du centre de rééducation (chariot de médicament, porte manteau...).



Figure 22. Mise en situation professionnelle



Figure 23. Mise en situation d'activités de vie domestique

d. Ateliers thérapeutiques

Des séances de rééducation sont réservées, non pas à la mobilisation du corps, mais à l'expression verbale. Elles se déroulent en individuelle ou en groupe. Les ergothérapeutes sont ainsi en charge de divers ateliers portant sur des thématiques précises : mobilisation de ses compétences dans les activités de vie domestique, gestion de la douleur, compréhension des liens entre hygiène de vie et santé. Ces différents ateliers n'excluent pas des mises en situation improvisées (comme nous le montre la Figure 24 ci-dessous), cependant l'accent est mis sur l'expression et les échanges verbaux.



Figure 24. Atelier thérapeutique « Agir sur mon quotidien »

e. Synthèses d'équipe

La prise en charge en centre de rééducation étant par essence pluridisciplinaire, des temps sont réservés aux synthèses d'équipes avec ou sans le patient. Ces synthèses permettent de confronter les différentes évaluations initiales, avec parfois l'avis aussi du patient, pour établir un programme de rééducation. Par la suite, elles permettent d'évaluer les progrès du patient afin de réévaluer les objectifs.

f. Tâches administratives

Sans entrer dans le détail, une partie du travail des ergothérapeutes consiste à gérer une partie administrative du dossier du patient : compte rendu sur le dossier patient papier et/ou informatisé, codage des actes CSARR⁶⁶...

Type de séquence de travail	Nom de la séquence
Bilan	PILE
Bilan	DDS
Bilan	Course
Bilan	« Bouteille »
Bilan	Flexion/Extension de hanche debout
Bilan	Flexibilité dos et hanche au sol et relevé du sol
Bilan	Ramassage de cubes au sol
Echauffement	« Grenouilles »
Rééducation	« Bouteilles » et haies
Rééducation	Déplacement de « cubes » sur des étagères
Rééducation	Déplacement d'une caisse sous une table
Rééducation	Déplacement de « cubes » du mur au sol
Rééducation	Jeter arrière de « cubes » (flexibilité)
Rééducation	Déplacement de « tores » sur étagères, table, banc et piquet
Rééducation	« Cubes » et haies
Film	Film bilan (début et fin de PEC)
Film	Visionnage (début et fin de PEC)
Film	Film « activité professionnelle » (TMS)
Film	Visionnage « activité professionnelle » (TMS)
Mise en situation	Mise en situation AVQ (aspirateur...)
Mise en situation	Mise en situation conduite
Mise en situation	Mise en situation s'asseoir, se lever, tenir debout
Mise en situation	Mise en situation activité professionnelle (atelier geste professionnel)
Atelier	Atelier AVQ
Atelier	« Décortiquer » les AVQ en collectif
Atelier	Atelier « trousse d'urgence »
Atelier	Atelier « activités du week end »
Entretien	« Décortiquer » les activités professionnelles
Entretien	« Décortiquer » les AVQ en individuel
Administratif	PMSI/CSSAR
Administratif	Compte rendu dans le dossier patient (Sanocom)
Synthèses	Synthèse d'équipe et/ou avec patient

Tableau 4. Liste des séquences de travail répertoriées lors de l'observation

⁶⁶ Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et Réadaptation

Cette phase d'observation a permis de confirmer que peu de tâches de travail des ergothérapeutes portent directement sur le travail du patient. La seule séquence formalisée et systématique qui s'intéresse au travail du patient est l'atelier geste professionnel du programme STMS et la visite en entreprise qui lui est associée. Pour des raisons d'ordre pratique, il ne nous a pas été possible d'accompagner les ergothérapeutes lors de ces visites et elles n'ont donc pas pu donner lieu à une observation. Cependant, les observations menées nous ont permis de constater que le travail du patient pouvait émerger au détour de certaines séquences de travail et sous différentes formes :

- Ponctuellement, certaines séances de rééducations individuelles ont fait l'objet d'une mise en situation professionnelle « improvisée ». Ainsi, une séance s'appuyant sur un exercice standardisé de port de charge (PILE) pouvait être adaptée pour tenter de correspondre davantage aux contraintes professionnelles que rencontre le patient. Par exemple, au lieu de soulever une caisse du sol sur une table, le patient était amené à pousser des objets lourds sur le sol sous une table.
- Lors des dernières séances de rééducation, il existe une forme de réémergence de la question du travail à l'initiative des patients. Ces derniers évoquent leurs inquiétudes quant à ce qui va se passer après la prise en charge au Centre Gallouedec. Les ergothérapeutes parlent parfois de « syndrome de sortie » à l'approche de cette échéance. Ces inquiétudes donnent la plupart du temps lieu à un réadressage des questions du patient vers les acteurs du monde du travail⁶⁷ et le médecin du travail en premier lieu.
- La question du travail peut aussi prendre des formes détournées. S. est ainsi amené à s'interroger s'il doit ou non reprendre une patiente venue avec des chaussures de ville en séance de rééducation. Les patients reçoivent la consigne de venir avec des chaussures de type « basket » pour être à l'aise. S. s'interroge sur l'opportunité de faire des exercices dans une sorte « d'idéal » pour la rééducation ou de se rapprocher d'une mise en situation où la patiente se sert des artefacts qu'elle utilise habituellement au travail ?⁶⁸ La dynamique de l'interrogation nous semble similaire à celle concernant le choix d'un protocole anthropométrique ou ergométrique pour l'exercice des « bouteilles ».

Pour poursuivre l'intervention, nous nous sommes servis des observations pour constituer une liste de séquences de travail. Nous avons ensuite soumis ce tableau (cf. Tableau 4 tel que présenté lors du groupe de travail) aux ergothérapeutes durant un premier groupe de travail afin de sélectionner les séquences qui donneront lieu à un enregistrement filmé et par la suite aux autoconfrontations. Nous avons retenus : l'atelier geste professionnel, l'enregistrement et le visionnage du bilan filmé (initial et de fin), et « l'atelier AVQ ».

⁶⁷ Nous avons pu noter que les professionnels du centre de rééducation parlent fréquemment d'un « monde du travail » quand eux-mêmes se définissent comme faisant partie du « monde de la santé ».

⁶⁸ En réalité, la question est plus complexe pour les ergothérapeutes car il existe aussi une dimension pédagogique incitant les patients à adapter leurs artefacts aux tâches auxquelles ils sont confrontés.

3.2.2. Le déroulement des autoconfrontations

Les autoconfrontations se sont déroulées en deux phases assez distinctes. Une première série a pu être réalisée sur le site d'HC avant qu'une seconde série se réalise sur le site d'HDJ. La dernière autoconfrontation, portant sur « l'atelier AVQ » réunit un ergothérapeute de chaque site. 26 autoconfrontations simples ont été réalisées mais seulement 18 ont été exploitées pour des autoconfrontations croisées. 8 autoconfrontations simples n'ont pas eu de suite pour des raisons très diverses : problèmes liés à l'enregistrement vidéo, départ du salarié... Le tableau suivant détaille les dates des 9 autoconfrontations croisées et des 18 autoconfrontations simples.

Date de l'ACC	N° de l'ACC	Séquence de travail analysé	Ergothérapeute (site d'appartenance)	Date de l'ACS	Film de la séquence de travail
19/09/14	1	Bilan filmé	A. (HC)	01/07/14	17/06/14
19/09/14	1	Bilan filmé	S. (HC)	18/07/14	27/06/14
26/09/14	2	Visionnage bilan	A. (HC)	05/08/14	17/06/14
26/09/14	2	Visionnage bilan	S. (HC)	18/07/14	27/06/14
15/12/14	3	Bilan filmé	Mt. (HC)	13/06/14	23/04/14
09/01/15	3	Bilan filmé	F. (HC)	14/08/14	01/07/14
09/01/15	4	Visionnage bilan	F. (HC)	20/10/14	01/07/14
26/01/15	5	Bilan filmé	Md. (HC)	27/10/14	16/06/14
26/01/15	5	Bilan filmé	S. (HC)	27/06/14	30/04/14
18/05/15	6	Visionnage bilan	Md (HC)	22/12/14	16/06/14
12/06/15	4	Visionnage bilan	Mt. (HC)	13/06/14	23/04/14
20/07/15	6	Visionnage bilan	S. (HC)	06/08/14	30/04/14
04/09/15	7	Atelier geste pro	Claire (HDJ)	12/06/15	05/12/14
06/11/15	7	Atelier geste pro	Marie (HDJ)	12/06/15	12/12/14
25/03/16	8	Atelier geste pro	Marie (HDJ)	21/12/15	04/12/15
25/03/16	8	Atelier geste pro	Claire (HDJ)	21/12/15	04/12/15
13/04/16	9	Atelier AVQ	S. (HC)	09/01/15	30/04/14
30/06/16	9	Atelier AVQ	M. (HC)	17/12/14	12/12/14

Tableau 5. Calendrier des autoconfrontations simples et croisées.

Comme toute intervention, la nôtre a aussi dû faire face à son lot d'inattendus, mais certains se sont révélés être des ressources pour l'intervention.

Tout d'abord, nous sommes connus professionnellement par les ergothérapeutes comme psychologue du travail intervenant, de surcroît, en centre de rééducation. A plusieurs reprises au début de l'intervention, les ergothérapeutes se sont adressés à nous comme pouvant posséder une expertise sur les questions professionnelles. Parfois en cours de séances de rééducation, plus souvent à leur suite, notre avis sur la situation d'un patient a été demandé. Premièrement, un badge a été créé pour permettre aux patients d'identifier cet « intrus » venant faire des enregistrements vidéos et ainsi repositionner l'intervenant/chercheur dans le cadre de l'intervention prenant pour objet le travail des ergothérapeutes et non les patients. Le terme de psychologue ou de psychologie a volontairement été exclu. Le badge comportait donc simplement le nom et prénom ainsi que notre affiliation à un laboratoire de recherche. Deuxièmement, il était nécessaire d'expliquer aux patients le but de notre présence lors de leurs séances de rééducation. Un discours « type » s'est forgé précisant que, bien qu'ils soient filmés en même temps que les ergothérapeutes⁶⁹, c'est le travail de ces derniers qui était visé. Ces éléments peuvent paraître anecdotiques mais ils ont eu un effet puissant pour l'intervention. Les ergothérapeutes se sont ainsi appropriés le discours « type » pour présenter eux même l'intervenant/chercheur au début de leurs séances. L'intérêt pour leur travail d'ergothérapeutes était mis en exergue. C'est une première trace visible de l'effet de l'intervention amenant le regard des ergothérapeutes vers leur propre travail.

Ensuite, il s'est révélé, lors des autoconfrontations, que les bilans de début et de fin de prise en charge relevaient de logiques très différentes. Or la mise en place d'autoconfrontations croisées nécessite de choisir des séquences de travail aussi proches que possible les unes des autres afin de favoriser le travail d'analyse. Cette absence de distinction initiale provient du fait que les bilans de début et de fin de prise en charge utilisent les mêmes artefacts (ex. le visionnage du test des bouteilles avec le patient) mais à deux moments distincts. D'un instrument d'évaluation et d'analyse, l'artefact pouvait aussi devenir un instrument de dynamisation du patient en fin de prise en charge en servant à lui montrer ses progrès. L'instrumentalisation de l'artefact en est profondément modifiée. Reprenons l'exemple du test des bouteilles. Les ergothérapeutes peuvent donner plus ou moins de consignes afin d'aider le patient lors de sa réalisation. Le visionnage de la vidéo du test, réalisé entre les ergothérapeutes et le patient, peut s'attarder davantage sur les points négatifs ou positifs en fonction que les ergothérapeutes recherchent des axes de travail pour la rééducation ou à dynamiser le patient en vue de sa sortie du centre. Cette distinction entre bilan initial et bilan final augmentait le nombre de séquences de travail différentes donnant lieu à des enregistrements vidéo dans une intervention qui n'en manquait déjà pas. Mais par ailleurs, on peut considérer cette prise de conscience comme un résultat de l'intervention pour les ergothérapeutes.

⁶⁹ Une attestation de droit à l'image a été signée systématiquement. Seul 2 patients ont refusés obligeant à des cadrages peu conventionnels.

Globalement, les ergothérapeutes se sont engagés dans l'activité de co-analyse malgré une durée relativement longue d'intervention. Ils se sont montrés disponibles, souvent même au-delà de leurs horaires de travail, pour finir des autoconfrontations. Ces autoconfrontations provoquaient des sentiments ambigus : à la fois trop longues (jusqu'à 1h30 d'affilé) mais en même temps qu'on souhaite finir ; nous confrontant à certaines impasses de notre travail mais qu'on souhaite renouveler pour « voir si c'est toujours comme ça »... Cette activité de co-analyse a rencontré le désir de ce qui fait défaut, à savoir l'impossibilité de prendre le temps de s'interroger sur son travail.

3.2.3. Le groupe de travail : la construction de la demande, un dévoilement tardif

Encore une fois, la présentation qui est faite ne reflète pas le développement circulaire des différentes phases de l'intervention. Les réunions du groupe de travail permettent de tisser le lien entre les différentes phases de l'intervention, marquant des avancées, des ruptures et parfois des reculs.

Sur les 10 ergothérapeutes du centre, 8 ont participé activement aux autoconfrontations. Une d'entre elles était en Contrat à Durée Déterminée de longue durée et n'a participé qu'au premier groupe de travail, la personne qui est revenue de son congé n'a pas souhaité s'y associer. Par contre, une des ergothérapeutes de l'HDJ n'ayant pas eu l'occasion de participer aux autoconfrontations (elle n'avait que peu de prise en charge de patients atteints de TMS) a souhaité s'associer aux groupes de travail successifs.

Comme évoqué, le 1er groupe de travail (27 mars 2014) avait pour objet de faire le point sur les séquences de travail observées par l'intervenant chercheur dans le cadre des prises en charge rééducative des TMS. Nous ne reviendrons pas sur les séquences retenues pour les autoconfrontations. Ce qu'il est important de retenir de cette réunion c'est l'amorce de renversement de fonction de l'intervention, illustrée par la volonté des ergothérapeutes de retenir l'atelier « Agir sur mon quotidien » comme séquence à analyser. Or, cet atelier, tel qu'il est construit autour des AVD, parle de tout sauf du travail. La volonté des ergothérapeutes de s'attarder sur l'atelier « Agir sur mon quotidien » était explicitement destinée à montrer à autrui que leur travail ne consistait pas simplement à faire bouger des corps. Le protocole de l'intervention permettait d'adresser cette démonstration à des personnes faisant parti du comité de pilotage (médecin, cadre, direction). Cet élément est le signe d'une migration de la fonction de l'intervention : d'un objet auquel ils participaient, les ergothérapeutes la transformaient en instrument social permettant de s'attaquer au métier en s'appuyant sur les analyses qu'ils avaient pu développer. Cette amorce de renversement de fonction restera longtemps en gestation.

Le 2nd groupe de travail est mis en place beaucoup plus tard (26 janvier 2016). Jusqu'à présent, les transformations du travail des ergothérapeutes s'étaient cantonnées à des essais de nouvelles pratiques à titre individuel : Marie qui s'est autorisée à demander à aller en entreprise lors d'une prise en charge individuelle, chose qui est hors protocole ;

l'essai par Md. d'organiser une mise en situation professionnelle lors d'une prise en charge individuelle ; la diffusion de l'utilisation catachrétique d'un téléviseur⁷⁰ comme support d'écriture afin de superposer un schéma du squelette à la posture du patient... Il est difficile d'attribuer ces mérites exclusivement à l'intervention. Cependant, les mentions faites de ces essais, lorsqu'elles sont adressées à l'intervenant/chercheur, s'accompagnaient de propos de l'ordre de : « suite à la dernière autoconfrontation j'ai essayé de », « les échanges de la dernière fois m'ont fait réfléchir et j'ai ». Au moins dans leurs propos, les ergothérapeutes transformaient l'intervention en un instrument pour agir sur soi et ses pratiques.

A partir de là, l'objectif annoncé de ce second groupe de travail est de reprendre les questions professionnelles issues des autoconfrontations d'une manière collective. Le nombre important de séquences de travail et les multiples conflits de métier associés à chacun d'eux ont donné lieu à une présentation dense, éparse et trop technique. Les thématiques abordées lors de cette réunion allaient du sens accordé au bilan de début et de fin de prise en charge à l'utilisation de l'imitation comme instrument de rééducation en passant par la gestion des interruptions de tâches. La question du travail du patient se perdait au milieu d'autres préoccupations tout aussi importantes pour les ergothérapeutes. Cette réunion a laissé une « impression mitigée » pour l'ensemble des participants, intervenant/chercheur compris. Les ergothérapeutes ont tout de même eu la possibilité de dire qu'ils « ne savaient pas où nous [intervenant/chercheur] voulions en venir ». Nous faisons l'hypothèse que cet énoncé lors du groupe de travail marque un vrai recul dans le renversement de fonction recherchée lors de l'intervention. Nous revenions à une intervention *pour* le chercheur. Nous nous sommes donc posé la question de savoir comment faire du problème soulevé une nouvelle ressource pour l'intervention ? Nous avons décidé d'en faire l'objet d'un nouveau groupe de travail au travers d'une proposition soumise au groupe de pairs.

Lors du 3ème groupe de travail (22 mars 2016) la présentation « technique » a laissé place à une proposition de l'intervenant/chercheur sur laquelle pouvait s'appuyer, voire s'opposer, les ergothérapeutes. Nous leur avons proposé de recentrer précisément les autoconfrontations restantes sur la difficulté à traiter de la question du travail dans les pratiques ordinaires. Cette question serait traitée au regard du détail de ce qui est fait et non de généralités sur le patient. En effet, un premier constat, partagé entre professionnels et intervenant/chercheur, a permis d'identifier la tendance de tous à centrer son attention sur ce que fait le patient dans les vidéos présentées en autoconfrontation croisées. Le soin du détail passera donc par l'établissement d'une règle explicite, « on s'intéresse à ce que l'on fait, pas ce que fait le patient ». Les ergothérapeutes ont aussi exprimé le besoin de mettre fin à l'intervention.

Ces « recentrages », loin d'être limitatif, ont au contraire eu un effet vitalisant : des liens ont pu se nouer entre les difficultés rencontrés dans les mises en situation professionnelles et les mises en situation d'AVD, émergence de propositions à soumettre au comité de pilotage, utilisation du travail fait en autoconfrontation comme ressource pour

⁷⁰ Pour les téléviseurs à tube cathodique. Pour les écrans plats, les ergothérapeutes dessinent sur une feuille transparente posée sur l'écran.

penser la nouvelle « salle d'activité geste professionnel » que les ergothérapeutes souhaitaient créer. Ce n'était plus simplement l'occasion de s'intéresser à leur travail, cela devenait aussi l'occasion de pouvoir le transformer collectivement ; collectif qui devenait une ressource potentielle pour styliser (Clot, 2008b) sa propre action mais aussi pour modifier les organisations de travail.

Pour le 4ème groupe de travail (15 décembre 2016), nous avons procédé différemment. Au préalable, une réunion s'est tenue entre les ergothérapeutes en charge de l'atelier geste professionnel (Claire et Marie) et l'intervenant/chercheur (30 septembre 2016). Pour préparer cette rencontre, l'intervenant/chercheur a fourni auparavant un long montage (1h27) de séquences d'autoconfrontations les concernant. Elles avaient reçu pour consigne de noter durant le visionnage les timecodes des moments les interpellant et d'en faire un court commentaire. La reprise de leurs annotations et le visionnage vidéo avec l'intervenant/chercheur a permis aux ergothérapeutes de dégager 3 dimensions sous forme de questions :

- Comment améliorer l'évaluation de l'efficacité réelle des actions des ergothérapeutes quand ils s'intéressent au travail ?⁷¹
- Parle-t-on de la même chose quand on évoque le travail au sein de l'équipe multidisciplinaire ?
- Comment partager les « savoirs faire » en lien avec le travail de Marie et Claire auprès de leurs collègues ?

C'est à partir de montages vidéo autour de ces 3 dimensions que se sont organisés les échanges lors du groupe de travail. Ce groupe a permis de confirmer que les préoccupations de Claire et Marie étaient partagées par leurs collègues. En reprenant dans l'ordre les 3 dimensions précédentes, les ergothérapeutes ont pu dégager des liens avec :

- Une difficulté et une frustration de ne pas pouvoir vraiment évaluer l'efficacité de leurs actions par une évaluation des pratiques réelles des patients sortie du centre de rééducation.
- Un besoin de partager avec les collègues de l'équipe multidisciplinaire une vision commune de la question du travail.
- Une inhibition de leurs pratiques vis-à-vis de la sphère professionnelle (en partie due à un manque d'expertise et d'habitudes).

Pour préparer le retour auprès du comité de pilotage, nous avons proposé d'organiser des sous-groupes de travail sur chacune des 3 problématiques. Cette proposition a été actée mais n'a pas eu de suite. Via un échange de mails, il a donc été décidé d'organiser la réunion du comité de pilotage sous une forme de réunion bilan en reprenant les 3 questions émergentes. Un 5ème et dernier groupe de travail (4 avril 2017) a simplement permis d'obtenir la validation par les professionnels des montages vidéo réalisés par l'intervenant/chercheur en vue de cette réunion bilan.

⁷¹ Ce point nécessite une petite précision. Ce qui est visé par les ergothérapeutes est la modification réelle de la gestuelle du patient dans son travail ordinaire. Or, en termes d'évaluation finale, ils n'ont accès qu'à la réalisation de gestes au sein du centre de rééducation et de résultats de questionnaires (FABQ, Dallas...). Concernant, le changement réel pour le patient, ils ne peuvent s'en remettre qu'à des conjectures. Ou comme le dit une des ergothérapeutes (F.) « On ne l'a pas revu. C'est que ça doit être pas trop mal. On peut qu'espérer ».

Cette présentation des différents groupes de travail permet de noter que l'intervention s'est construite à partir d'un intérêt des ergothérapeutes pour l'observation et l'analyse de leur travail. Mais elle a permis par la suite de transformer cet intérêt en *que pouvons-nous faire de ce que nous avons fait, pour transformer notre travail*.

C'est la question du travail des ergothérapeutes confrontés au travail du patient qui a été instruite lors des autoconfrontations et des groupes de travail pour être ensuite ré-adressée au comité de pilotage. Cette question est posée de 3 manières différentes :

Premièrement, la question du travail peut se poser au niveau des programmes de restauration fonctionnelle. En voulant améliorer l'évaluation de l'efficacité de leurs actions, les ergothérapeutes souhaitent obtenir autre chose qu'une simple information sur le retour et le maintien en emploi du patient après sa sortie du centre de rééducation. Un des objets de leur travail étant le geste du patient, elles s'interrogent sur les réalisations concrètes du patient de retour à son travail. Cette question réinterroge le périmètre spatial (en centre de rééducation, au travail) et temporel (pendant la prise en charge, après la prise en charge) même des programmes de rééducation.

Deuxièmement, la question du travail peut se poser au niveau de l'équipe multidisciplinaire. Même si elle semble davantage destinée aux ergothérapeutes, la question du travail du patient émerge avec plus ou moins d'acuité au détour de l'ensemble des prises en charge d'un programme de restauration fonctionnelle. Cependant, il est légitime de se demander si la définition même du concept de travail est similaire chez tous les professionnels amenés à intervenir dans de tels programmes. C'est le partage et la vie de la question du travail du patient au sein de l'équipe multidisciplinaire qui est ainsi réinterrogée.

Troisièmement, la question du travail peut se poser au niveau du collectif d'ergothérapeute. Le souhait d'organiser un partage des « savoirs faire » entre ergothérapeutes sur la question du travail met en exergue le fait qu'il existe différents niveaux d'expertise sur cette question. Par exemple, il existe une réelle technicité dans l'organisation et la gestion d'une visite en entreprise que Claire et Marie ont apprise au contact de l'ergonome de ST72. Leurs collègues ne partagent pas cet acquis ni même l'habitude de réaliser régulièrement des mises en situations professionnelles. Ceci explique en partie le fait que Claire et Marie ne soient pas remplacées pour l'atelier geste professionnel quand elles sont absentes. En s'interrogeant sur comment partager les « savoirs faire » en lien avec le travail ce sont les frontières du métier qui sont réinterrogées au sein du collectif d'ergothérapeutes.

C'est en prenant le comité de pilotage comme destinataire de leurs questions, que les ergothérapeutes ont pu faire émerger la demande de réinterroger la question du travail au niveau des programmes de restauration fonctionnelle, de l'équipe multidisciplinaire et du collectif de pairs.

3.2.4. Comité de pilotage et bilan final

La durée dans le temps de l'intervention a soumis le comité de pilotage à un turn-over inévitable : la cadre d'HC, rappelons-le ergothérapeute de formation et motrice dans la mise en place de l'intervention, est ainsi parti du centre en 2015 pour des raisons personnelles ; le directeur du Centre ne faisait plus partie des effectifs peu avant la dernière réunion du comité de pilotage. A la date de la dernière réunion, le directeur n'avait pas encore été remplacé. Nous ne détaillerons dans cette partie que cette dernière réunion du comité de pilotage.

Cette dernière réunion s'est déroulée en présence du Dr B., de trois ergothérapeutes (Claire, S. et Me.), d'une référente du programme Lombaction sur les pays de la Loire et membre d'Ester (le Dr P.) et de l'intervenant chercheur. La directrice des ressources humaines et deux autres médecins de l'HDJ ont été conviés mais ne sont pas venus. La cadre de santé de l'HDJ n'était, elle, malheureusement pas disponible. Ce manque de consistance dans les acteurs clés a sans doute, d'une certaine manière, affaibli le pouvoir de mise en dialogue de l'intervention.

Dans la perspective de l'intervention, il est possible de relever plusieurs points notables durant ce dernier comité de pilotage :

- Tout d'abord, les vidéos présentées des séquences de travail des ergothérapeutes et d'autoconfrontations croisées ont permis d'alimenter le débat avec le Dr B. Les trois questions des ergothérapeutes ont ainsi pu être remises en débat avec le décalage de point de vue justement recherché lors du comité de pilotage.
- Le Dr B. a réintroduit notamment la question du volume de patient à suivre et la question des contraintes économiques. Il ne nie pas l'intérêt des interventions en entreprises qu'il a lui-même largement contribué à instaurer avec le groupe STMS. Mais, l'extension de cette pratique doit être ciblée et mérite de repenser la place accordée au travail au sein de l'établissement. Il propose ainsi un devenir possible au dialogue initié par l'intervention : « Et puis, le partage des différents soignants sur la vision du travail. On va en parler je pense » (extrait tiré de la réunion bilan de l'intervention).
- Sont aussi rediscutés les liens à nouer et dénouer avec les acteurs extérieurs au centre de rééducation participant au processus de réadaptation professionnelle (médecin du travail, employeur, médecin traitant...). Des propositions concrètes sont avancées comme la réalisation de vidéos des patients à leurs postes de travail, avant et après rééducation, mais dont toute la faisabilité reste à construire.

Pour davantage de précisions, nous renvoyons à l'Annexe 6, présentant un résumé de cette réunion bilan.

La structure et les acteurs ayant participé ne s'arrête pas de vivre avec la fin de notre intervention. Cependant, nous espérons qu'elle puisse continuer à être un instrument favorisant la vitalité des échanges sur le métier et du métier lui-même. L'intervention, de par les matériaux construits, peut maintenant devenir un instrument pour aider à la production de connaissances scientifiques.

4. Des résultats de l'intervention à la problématique de recherche : les dilemmes de métier des ergothérapeutes lors d'une tâche de mise en situation professionnelle.

La question du travail du patient est traité de façons multiples selon les moments, les acteurs et les perspectives adoptés lors des prises en charge rééducatives et réadaptatives. Les séances de rééducation mises en place par les ergothérapeutes, et plus spécifiquement les mises en situation professionnelle, se confrontent directement à cette question du travail sous l'angle du geste professionnel. Cet enchâssement du travail du patient au sein du travail des ergothérapeutes dans des programmes multidisciplinaires achoppe régulièrement. Ce sont souvent des problèmes matériels qui sont mis en avant pour justifier la difficulté à simuler et donc à réaliser des mises en situation professionnelle. Il nous semble, qu'au-delà, ou plutôt en deçà, il est possible d'instruire la question au travers de l'analyse de l'activité des ergothérapeutes sous l'angle des dilemmes de métier.

4.1. Travail, emploi et activité : des distinctions parfois difficiles

Avant d'aller plus loin, il est important d'effectuer une clarification en apportant des précisions sur les termes de travail et d'emploi. Il existe parfois une certaine confusion dans ce que recouvre exactement la notion de travail. A titre d'exemple, Poireaudeau (2004) préconise d'étudier l'effet des programmes de restauration fonctionnelle « chez des personnes ne travaillant pas (femmes au foyer, retraités, chômeurs) » (p. 415). En creux, ces propos indiquent une réduction du travail à l'emploi. La particularité commune aux femmes au foyer, retraités et chômeurs est qu'ils ne s'inscrivent pas, ou plus, dans la société au travers d'un emploi. En considérant que ces personnes ne travaillent pas, Poireaudeau assimile donc le travail à l'emploi. Or le travail dépasse cette simple conception. Comme le souligne Fouquet (2011) : « Travail, emploi, activité sont des mots dont l'usage varie selon le contexte » (p. 11). Pour cet auteur, travail et emploi sont deux concepts différents confondus à tort « tant la norme d'emploi, qui s'est étendue à tout type de travail dans nos sociétés industrielles marchandes, a imprégné les esprits » (Ibid., p. 11). Fouquet distingue l'emploi comme une forme d'inscription dans une société déterminée dans le temps et dans l'espace ; et le travail qui est, pour sa part, une activité humaine productrice de sens et d'identité. C'est une expression de la personne dans son rapport au monde. Pour le dire à la manière de Clot, le travail peut être pris comme une « activité humaine aux prises avec le réel » (Clot, 2015, p. 226).

Cette question du travail/emploi change de place et de fonction selon les perspectives et les moments de la prise en charge des patients :

- Le travail du patient peut être pris comme un élément remodelant les contours de l'activité de rééducation. C'est essentiellement autour de ce point que va se focaliser notre recherche. La question est alors de savoir comment la question du travail du patient affecte le travail de rééducation des ergothérapeutes. C'est très

précisément le point déjà souligné sur le schéma synoptique du dispositif STMS sous l'intitulé : « Ergothérapeute : repérage/orientation de la prise en charge ».

- Le retour ou non à l'emploi des patients est un facteur d'évaluation de l'efficacité des programmes de rééducation ; que le patient occupe un emploi est donc un but à atteindre. C'est cette question qui est la plus largement traitée dans les recherches sur les programmes multidisciplinaires où le taux de retour à l'emploi est l'un des principaux résultats évalué.
- Il est aussi possible d'agir sur le travail du patient dans une logique de réadaptation professionnelle en conservant pour but le retour à l'emploi. Les perspectives canadiennes sur ces actions en milieu de travail empruntent pour beaucoup à l'ergonomie (Durand, 2009; Durand et al., 2011). Cependant, les histoires et les évolutions respectives des métiers d'ergothérapeute et d'ergonome rendent parfois difficiles les comparaisons de l'ergothérapie en France et à l'étranger notamment avec le Canada. L'approche canadienne de la réadaptation redonne toute sa place à l'intervention sur le travail. Cela nécessite un renversement de paradigme (Loisel, 2009) dans la prise en charge des TMS qui est parfois perçu comme difficile en France du fait de l'emprunte du modèle médical (Fassier, 2005; Fassier, Durand et Loisel, 2009) centré sur la maladie. C'est ce que reflète l'Extrait 4, tiré d'un groupe de travail avec les ergothérapeutes du centre Gallouedec, durant lequel ils échangent sur la difficulté d'organiser une visite en entreprise. Et c'est ce à quoi font échos les propos d'Ar. dans l'extrait ci-dessous quand elle explique que son travail est « tirée du côté de la rééducation » et donc du côté de la récupération fonctionnelle de l'organisme (« le corps physique, la mécanique »).

1.	<i>Claire. Mais si on peut.</i>
2.	<i>Marie. Non, c'est une vraie question.</i>
3.	<i>Claire. Ben voilà ça fait 6 ans qu'on fait régulièrement et ça ne fait plus peur.</i>
4.	<i>[...]</i>
5.	<i>Marie. Nous avec les groupes TMS on s'est autorisé à y aller par le biais de santé au travail aussi.</i>
6.	<i>Claire. On s'est autorisé tu as dit.</i>
7.	<i>Marie. Oui.</i>
8.	<i>Claire. Parce qu'il y a un médecin qui nous a autorisé et qui a encouragé ça aussi. Le médecin il était vachement partant. Il y a eu un médecin du travail qui nous a accompagné.</i>
9.	<i>Marie. C'est ça.</i>
10.	<i>Claire. On a été dans cette dynamique-là.</i>
11.	<i>F. Il y a une dynamique autour de ça.</i>
12.	<i>[...]</i>
13.	<i>Intervenant/chercheur. C'est ça votre technicité à toutes les deux [Claire et Marie]. S'autoriser c'est une forme de technique. C'est aussi avoir implicitement des critères pour savoir quand j'y vais, quand j'y vais pas.</i>
14.	<i>Marie. Oui c'est ça. Mais quand j'y vais c'est qu'est-ce que j'y fais.</i>
15.	<i>F. Parce qu'on ne sait pas faire. On n'a pas été accompagné pour ça.</i>
16.	<i>Claire. Oui. Voilà ce que je pense c'est être accompagné. Nous on n'aurait pas pu y aller s'il n'y avait pas eu l'ergonome qui nous avait accompagné.</i>
17.	<i>Marie. Et le médecin du travail.</i>
18.	<i>Ar. Il y a la technicité mais il y a aussi la question de quel rôle tu vois, tu perçois d'une institution comme la nôtre et sans qu'on soit complètement, enfin on occulte la réadaptation et la réinsertion, mais je trouve qu'on est quand même tiré du côté de la rééducation. Enfin j'ai l'impression que les médecins sont un peu plus tirés de ce côté-là que du côté de la réadaptation et du coup de l'approche on va dire psycho-socio-professionnelle. C'est un peu plus dans le corps physique, la mécanique.</i>

Extrait 4. Réunion du groupe de travail du 15 décembre 2016 : la visite en entreprise « ça ne fait plus peur »

Bien évidemment, il existe des interactions fortes et des alternances entre ces différentes places accordées au travail. Le dispositif STMS dans son ensemble, et non pas simplement sa partie rééducative en centre de rééducation, reflète les différentes tendances de réadaptation au travail, de rééducation à visée professionnelle et de préoccupation pour l'emploi. La partie réadaptation au travail est davantage dévolue à l'ergonome et au médecin du travail tandis que la rééducation appartient évidemment au centre de rééducation. Mais les frontières ne sont pas étanches. Par exemple, le centre de rééducation propose un atelier « info travail » renseignant sur le rôle des différents acteurs de la réinsertion dans une perspective de retour à l'emploi. En atteste aussi toutes les ambiguïtés de la visite en entreprise : construite pour prendre des renseignements permettant d'adapter les séances de rééducation des ergothérapeutes, elle peut donner lieu à des conseils ponctuels d'aménagement poste, elle organise aussi la mise en lien des acteurs de la réinsertion professionnelle en vue d'un retour à l'emploi.

4.2. Peu de tâches dédiées au travail du patient, mais une réémergence de la question tout au long des prises en charge en ergothérapie

La question qui retient notre attention depuis le début est de savoir comment la partie rééducation des programmes multidisciplinaires considère la question du travail des patients. Comme nous avons pu le relever durant l'intervention, la place du travail du patient en rééducation n'est pas sans soulever de multiples questions pour les ergothérapeutes. Ces interrogations ne se limitent pas aux simples prises en charge de patients atteints de TMS, cependant elles revêtent un aspect particulier du fait de l'origine professionnelle souvent attribuée aux TMS. Le problème initial n'est donc pas une infection, une maladie ou même un accident domestique mais le travail. Pour autant, la venue dans un centre de rééducation aura tendance à transformer le problème initial en un problème d'épaule, de coude, de dos... ayant tendance à faire varier les buts des actions des professionnels de santé. Ce déplacement recouvre la question du travail du patient qui aura tendance à ré-émerger à différents moments de la rééducation.

Au niveau des programmes multidisciplinaires, nous avons déjà pu évoquer le peu de tâches spécifiquement dédiées au travail. Si nous mettons de côté les ateliers « travail » portant davantage sur l'emploi, il ne reste que l'atelier geste professionnel qui soit consacré explicitement à la question du travail du patient.

Cependant, l'intervention qui a été menée a permis de révéler que cette question du travail du patient pouvait émerger dans le travail des ergothérapeutes tout au long de la prise en charge rééducative et parfois de façon inattendue. Cette question pouvait provenir directement des interrogations des patients adressées aux ergothérapeutes. C'est notamment le cas en fin de prise en charge quand les préoccupations de retour à l'emploi mais aussi de savoir comment utiliser ce qui a été appris en rééducation dans un contexte professionnel se mêlent. Au détour de séances de rééducation, des

mises en situations professionnelles « improvisées » peuvent aussi apparaître quand les patients font remarquer que l'exercice de rééducation proposé est très éloigné des contraintes de son poste de travail en entreprise. Ce sont parfois des questions très pratiques comme celle d'un ergothérapeute s'interrogeant s'il doit laisser une patiente avec ses chaussures de ville ou bien l'inciter à venir en basket, comme cela est préconisé pour les séances de rééducation, qui font ré-émerger la question du travail du patient sous une forme détournée en confrontant le contexte de rééducation au contexte ordinaire du patient.

C'est justement cet objet du travail du patient qui a animé les échanges des groupes de travail avec les ergothérapeutes. Cette question traitée au travers de l'activité des ergothérapeutes a permis de mettre à jour que ce n'était pas une question facile à plusieurs niveaux car elle réinterroge à la fois le périmètre des programmes multidisciplinaires, le travail en équipe pluridisciplinaire et son traitement au sein même du collectif d'ergothérapeute. La place du travail du patient au sein du collectif d'ergothérapeutes est ambiguë. Certains ont pu faire mention d'un embarras à « ne pas pouvoir aller loin sur la question du travail » pour autant, Claire et Marie ne sont pas remplacées par leurs collègues en cas d'absence lors d'un atelier geste professionnel. Ce non remplacement est, pour nous, un autre indice de la difficulté de la tâche.

Mais cette tâche semble tout aussi difficile pour les deux ergothérapeutes reconnues pourtant comme possédant une certaine expertise dans le domaine. C'est ce que nous indiquent les premières co-analyses des autoconfrontations réalisées avec ces deux ergothérapeutes en charge de l'atelier geste professionnel.

4.3. Premières co-analyses et premiers résultats de l'intervention

Pour tenter d'aller plus loin dans la compréhension du travail des ergothérapeutes quand ils s'intéressent au travail du patient, il nous faut nous intéresser à une tâche où les ergothérapeutes sont plus spécifiquement confrontés à cette question. C'est pourquoi les premières co-analyses réalisées avec Claire et Marie, à propos de leur travail durant l'atelier geste professionnel, sont une ressource importante pour notre recherche. Lors d'une autoconfrontation réalisée en fin d'année 2015, ces deux ergothérapeutes ont été interpellées par la difficulté récurrente à faire ce qu'elles voulaient faire avec les patients. Sans recouvrir l'intégralité de la richesse des échanges, nous pouvons retenir trois dimensions importantes.

4.3.1. « c'est un atelier geste professionnel et pas réentraînement professionnel, enfin je ne sais pas »

Lors de la première autoconfrontation croisée de novembre 2015, Claire et Marie se rendent compte de l'intensité de la mobilisation psychologique de leur travail durant l'atelier geste professionnel. L'extrait d'autoconfrontation croisée ci-dessous fait suite au visionnage d'une longue séquence de travail pendant laquelle Claire se confronte à la

difficulté pour inciter une patiente à se mettre au « travail » sur son poste simulé. Elle tente à plusieurs reprises de transformer le flot discursif de la patiente, décrivant son travail, en mobilisation de son corps afin, qu'en tant qu'ergothérapeute, elle obtienne des matériaux physiologiques pour pouvoir travailler (cf. Extrait 5). Cette énergie mise face au patient, pour que l'atelier lui serve à quelque chose de « concret », est reliée à la même énergie qu'elles ont mise pour le faire exister au sein du programme STMS. Cet atelier qui n'existe pas ailleurs dans l'établissement a donc dû être « défendu becs et ongles ». Derrière l'intensité affective des propos, c'est l'inscription même de l'atelier geste professionnel au sein du programme STMS qui se retrouve interrogée au travers des buts qui y sont poursuivis. La question introduite par l'intervenant/chercheur, sur le rythme des simulations, réactive la question d'un atelier geste professionnel qui n'est pas un atelier de réentraînement professionnel mais qui, pour autant, porte en lui cette question du réentraînement. Question qui pose certaines difficultés non complètement résolues par Claire et Marie. En résumé, cela apparaît difficile pour les ergothérapeutes de faire vivre cet atelier geste professionnel dont les buts semblent à la fois reliés mais aussi distincts du réentraînement prôné dans un programme s'inscrivant dans un modèle de restauration fonctionnelle.

1. *Marie. Ce qui est compliqué dans la gestion comme tu dis, c'est qu'il faut développer de l'énergie parce qu'on a envie que cet atelier serve à quelque chose au niveau euh. Je veux dire concrètement. Parce qu'il peut servir à des choses sur des sphères euh pas concrètes de l'ordre de l'investissement juste.*
2. *Intervenant/chercheur. Mais ce n'est pas votre objet ça.*
3. *Marie. Mais non, comme on s'attaque à autre chose, c'est pour ça qu'on se fatigue un peu des fois. Je pense que c'est peut être un travail aussi un peu pour nous. On a pas se fatiguer autant pour ça. Parce que chaque patient va prendre à un moment ce qu'il a besoin enfin tu vois dans cet espace.*
4. *Claire. Alors moi c'est. Tu vas me dire elle est con. C'est aussi parce que euh. On a galéré sur ce, sur cet atelier avec bah non il n'y a pas besoin d'être deux ergothérapeutes, à quoi ça sert vraiment l'atelier etc. Les visites en entreprise, vous avez vraiment besoin d'une demi-journée pour les faire. Enfin voilà. Il y a eu tout ce passé là ce qui fait que j'ai aussi l'impression de m'accrocher comme tu dis, on aurait très bien pu, je lui aurais dit installez votre atelier et elle n'aurait pas bougé. J'aurais très bien pu la laisser pas faire, rien faire.*
5. *Marie. C'est pas ce que j'ai dit non plus.*
6. *Claire. Non je sais. Mais l'investissement, l'énergie qu'on met dedans c'est parce qu'on l'a défendu becs et ongles pas que face au patients, face aussi à la hiérarchie.*
7. *Marie. Tu vois tout ce qui se joue là.*
8. *Claire. C'est énorme. C'est énorme.*
- [...]
9. *Intervenant/chercheur. Voilà c'est ça. Il n'y a pas le volume de travail tel quel au boulot et les temps de pauses sont plus fréquent ou pas. On sent qu'il y a ces deux rythmes qui s'entrecroisent. Et le plus important est le rythme de la séance et du groupe que de simuler le rythme de l'activité professionnelle où avec la fatigue.*
10. *Claire. C'est pour ça que c'est un atelier geste professionnel et pas réentraînement professionnel, enfin je ne sais pas. C'est vrai qu'on travaille plus sur le geste que sur la longueur.*
11. *Marie. A la base on était partie sur les deux.*
12. *Claire. Ouais.*
13. *Marie. Mais on se rend compte que c'est compliqué de travailler sur le réentraînement pur.*

Extrait 5. Autoconfrontation croisée entre Claire et Marie : « on l'a défendu becs et ongles »

4.3.2. « On a besoin de matière »

En plus des précisions sur leur travail, les patients sont souvent amenés à exprimer bien d'autres choses durant l'atelier geste professionnel : leur vécu au travail, les questions sur la reprise professionnelle, les craintes quant à leur avenir... L'atelier geste professionnel se retrouve remplis du discours des patients amenant Claire et Marie à s'interroger sur le statut de la parole au sein de leur pratique. Les patients instrumentalisent les artefacts proposés en y introduisant de la parole ; alors que les ergothérapeutes voudraient qu'ils les instrumentalisent pour développer des capacités motrices. L'extrait ci-dessous (cf. Extrait 6) fait suite à l'extrait présenté juste auparavant. Il met en relief ce qu'elles expriment comme une difficulté à « passer à une autre étape » leur apportant d'autres matériaux pour faire leur travail d'ergothérapeute. Dit autrement, pour faire ce qu'elles veulent faire, elles ont besoin de voir le patient bouger. Or le discours peut devenir un obstacle quand il empêche le geste d'advenir. Cette question des matériaux semble fondamentale pour Marie car elle questionne directement « l'essence du métier ».

1. Claire. *Le problème c'est qu'on n'arrive pas à passer à une autre étape.*
2. Intervenant/chercheur. *Ce qui est frustrant c'est que vous n'arriviez pas à franchir cette étape-là.*
3. Claire. *Ben pour moi oui. Ça fait deux heures et demi qu'elle va passer comme ça.*
- [...]
4. Claire. *Ce sont les discours à côté qui nous font dire que juste parler ce n'est pas un travail d'ergos. Ça ce n'est pas la première fois qu'on se le dit quand on fait les ateliers et que ça tourne plus autour de la parole alors qu'on avait prévu de bouger de travailler ça, ça, ça avec les patients et qu'au bout du compte ils ont plus besoin de parler de leur vie.*
5. Marie. *Parce qu'ils ont des questions.*
6. Claire. *Ils ont besoin de parler aussi.*
7. Marie. *Oui mais après c'est tout l'ambiguïté du métier.*
8. Claire. *Oui mais que parler. Nous a besoin d'un intermédiaire.*
9. Marie. *On n'est pas psychologue.*
10. Claire. *On a besoin de matière.*
11. Marie. *On est dans le faire.*
12. Claire. *Dans le faire oui.*
13. Intervenant/chercheur. *Vous ne pouvez pas faire fi du besoin d'expression des personnes mais pour autant ce n'est pas forcément cette partie-là qui vous concerne le plus d'un point de vue métier. Et c'est comment faire en sorte pour que la personne vous donne de la matière aussi pour que vous vous puissiez travailler.*
14. Marie. *C'est compliqué de passer le cap.*
15. Claire. *Parce qu'ils ne savent pas que ce n'est pas pour nous.*
16. Marie. *Non mais ça questionne vraiment le métier dans l'essence du métier.*

Extrait 6. Autoconfrontation croisée entre Claire et Marie : « on a besoin de matière »

4.3.3. « Ça c'est pas comme ça »

Toujours lors de la même autoconfrontation croisée, Claire et Marie se sont étonnées devant le fait de se retrouver confrontées aux précisions incessantes des patients décrivant leurs postes de travail dans leurs entreprises. Ce fut notamment le cas quand elles se sont vues face à une patiente décrivant sa tâche de fabrication d'essuie-glaces chez un équipementier automobile (cf. Extrait 7). C'est tout le statut à donner aux précisions apportées par les patients qui était discuté. D'un côté, ces explications sont nécessaires à la construction de la simulation mais sans en garantir le rapprochement avec une certaine réalité comme le note Marie à la fin de l'Extrait 7. Ceci est d'autant plus vrai quand

les ergothérapeutes n'ont pas encore pu aller en entreprise. D'un autre côté, les précisions ne sont qu'une étape dans l'atelier geste professionnel et c'est davantage l'apport de précisions incessantes qui est vécu comme une difficulté par les ergothérapeutes.

- | | |
|-------|---|
| 1. | <i>Claire. Prêtes à installer votre poste.</i> |
| 2. | <i>Marie. C'est bien ça.</i> |
| 3. | <i>Claire. Et là j'ai senti que j'allais galérer. [Claire voit sur la vidéo la patiente se lancer dans de longues explications pour décrire son poste de travail dans son entreprise]</i> |
| 4. | <i>Marie. C'est pas facile pour les gens de visualiser. Enfin comment dire. On leur demande quelque chose de compliqué, de transférer un peu un espace de travail avec nous notre.</i> |
| 5. | <i>Claire. Elle.</i> |
| 6. | <i>Marie. Non mais, elle, je sais. La séance d'après ça avait été galère, encore.</i> |
| 7. | <i>Claire. Ah oui.</i> |
| 8. | <i>Marie. Ah bah oui. Encore elle s'était installée. Je lui avais dit mettez comme Claire. Mais en fait il y avait des trucs encore, elle m'a dit, ça, c'est pas comme ça.</i> |
| [...] | |
| 11. | <i>Marie. On prend plaisir mais ceci dit c'est quand même difficile tout le temps les mises en situation, la simulation.</i> |
| [...] | |
| 12. | <i>Marie. Dans la réalité ça faisait pas du tout ça. Quand j'ai vu les trucs d'agrafe ce n'était pas du tout ça. On était loin de ce truc-là.</i> |

Extrait 7. Autoconfrontation croisée entre Claire et Marie : « ça c'est pas comme ça »

Ces interrogations sur l'inscription de l'atelier au sein d'un programme de restauration fonctionnelle, le besoin d'avoir des matériaux « corporels » et les précisions incessantes apportées par les patients sur leur poste de travail ont conduit Claire et Marie à se demander « si c'était toujours aussi difficile » ? Elles se sont demandé si les difficultés relevées pouvaient provenir des patients spécifiquement pris en charge ce jour-là. Il devenait logique de vouloir vérifier cette hypothèse avec l'analyse d'une nouvelle séquence de travail. Un nouvel enregistrement d'un atelier geste professionnel a eu lieu en décembre 2015 pour une nouvelle série d'autoconfrontations. Le nouveau groupe de patients était identifié comme un « bon groupe » contrairement au précédent où il avait fallu dépenser « plus d'énergie » pour les mobiliser. Le constat fut sans appel, cela était « toujours aussi difficile ».

Il est possible de mettre en parallèle l'existence de ces difficultés avec les résultats d'une étude réalisée sur les programmes de réentraînement à l'effort à destination des patients lombalgiques chroniques en France (Michel, Guéné, Michon, Roquelaure et Petit, 2018). Seulement 18% des centres de rééducation interrogés déclarent adapter leurs programmes en fonction des données recueillies sur le travail. L'enquête ne fait pas mention de la nature des ajustements quand ils ont lieu. Quoiqu'il en soit, nous interprétons ce faible taux comme le reflet de la difficulté pour traiter de la question du travail des patients au sein même des programmes multidisciplinaires.

La demande de deux ergothérapeutes, auprès de l'intervenant, pour réitérer l'analyse de leur activité durant un atelier geste professionnel peut être considérée comme un mouvement d'engagement dans le renouvellement de leur travail. Il s'agissait bien d'une demande d'analyse de leur propre activité comme nouvel objet et non d'une simple

description du déroulement d'un atelier comme simple artefact utilisé. Cet engagement profond permettait d'aller jusqu'à réinterroger l'utilité même de ce qu'elles faisaient en tant qu'ergothérapeute, donc leur lien en tant que sujet pris dans une activité dirigée simultanément vers cet objet et vers l'activité des autres portant sur le même objet. C'est l'intervention, en organisant un cadre dialogique, qui a permis le développement du travail des ergothérapeutes durant l'atelier geste professionnel en nouvel objet susceptible d'une activité d'analyse de leur part. Il est ainsi possible de retrouver dans l'autoconfrontation croisée « un cadre au développement du réel du dialogue entre les participants, en eux et avec d'autres destinataires, forgeant les instruments psychologiques d'une activité de travail renouvelée » (Duboscq et Clot, 2010, p. 281).

Cette « migration fonctionnelle entre activité d'analyse et activité pratique » (Ibid., p. 278) organise aussi un renouvellement des destinataires. L'atelier geste professionnel à destination des patients devient un nouvel objet de pensée dans l'activité d'analyse des deux ergothérapeutes d'abord pour elles-mêmes mais aussi pour les collègues et éventuellement l'institution. Ce nouvel objet devient alors mobilisable comme instrument psychologique potentiel dans l'activité pratique en trouvant de nouvelles voies de réalisation concrètes.

C'est par exemple ce que nous avons pu observer durant la réunion bilan durant laquelle les ergothérapeutes ont utilisé le travail réalisé durant l'intervention pour tenter d'instituer leur propre travail comme objet de discours possible avec l'institution. Même si leur liberté d'initiative et d'expression est entamée par le double statut de salarié (Renault, 2017) et de profession paramédicale, l'intervention semble avoir participé à régénérer une forme d'habilitation des ergothérapeutes sur leur travail. Nous entendons par habilitation, à la suite de Roelens (1998), « une déclaration instituante de capacité, de pouvoir et d'action légitime qui transforme le statut socio-subjectif d'un individu par le fait d'être proféré par une instance faisant autorité » (p. 129). Dans le cas des ergothérapeutes, pris dans le cadre de l'intervention, nous pourrions parler d'une certaine manière « d'auto habilitation » par une reconquête du pouvoir d'agir. C'est donc à partir du dialogue sur leur travail que les ergothérapeutes deviennent légitimes pour parler de leur travail ; pouvant ainsi en faire un instrument afin qu'il devienne un objet de discours possible avec l'institution et potentiellement un instrument de transformation de l'organisation.

Si le pouvoir d'agir « se mesure au rayon d'action qui permet à ceux qui travaillent de construire - ou non - par leur initiative, avec les autres, de nouveaux objets, de nouveaux destinataires ou de nouveaux instruments de l'activité » (Simonet, 2011, p. 189); alors nous pouvons interpréter les éléments précédents comme des résultats de l'intervention.

4.4. L'émergence d'une problématique de recherche autour des dilemmes de métier

Le premier chapitre de notre thèse nous a permis d'établir que les recherches sur les programmes multidisciplinaires s'intéressent peu au travail. Elles se focalisent davantage sur le patient que le travail des professionnels de santé auprès de ce même patient. Et quand elles s'intéressent au travail du patient, il est souvent réduit à la simple question de l'emploi.

L'intervention réalisée au centre Gallouedec nous a permis d'ouvrir la « boîte noire » des programmes multidisciplinaire en nous intéressant doublement à la question du travail. L'intervention a permis de se focaliser sur le travail des professionnels de santé quand ils s'intéressent au travail des patients. C'est donc le travail des ergothérapeutes qui a été au centre de la démarche. Il s'est avéré que l'atelier geste professionnel, lieu de la réalisation de mises en situation professionnelles, était la seule tâche formalisée au centre Gallouedec s'intéressant explicitement au travail du patient. Les mises en situation professionnelle ont pourtant été reconnues, lors de l'intervention, comme faisant partie du métier d'ergothérapeute. Les deux ergothérapeutes en charge de cet atelier geste professionnel ont aussi relevé des difficultés à faire ce qu'elles souhaitaient faire au travers de l'atelier geste professionnel lors des premières autoconfrontations croisées. Ce sont autant d'indices d'une pratique un peu « frontalière » au métier d'ergothérapeute. Dans une perspective de rééducation, s'intéresser au travail des patients pose donc un certain nombre de difficultés aux professionnels souhaitant s'y atteler.

Après avoir fait le constat qu'il existe des difficultés, c'est le développement de l'analyse que les ergothérapeutes font de leur travail qui permettra de faire apparaître les enjeux autour desquels ces difficultés s'organisent. *Dit autrement, quels sont les conflits de l'activité des ergothérapeutes qui les animent quand elles se confrontent au travail du patient ? Nous tenterons d'instruire cette question du côté de leur travail quand elles réalisent une tâche de mise en situation professionnelle vu sous l'angle du concept de dilemme de métier.*

La difficulté pour réaliser des mises en situations professionnelle est souvent attribuée à des raisons de moyens matériels limitant les possibilités de simulation. Même si nous ne nions pas de telles raisons, les moyens accordés nous semble être davantage l'expression des modèles sous tendant les programmes de rééducation comme ceux d'Engel (1980) et de Mayer et Gatchel (1988). Ces modèles possèdent un double effet sur l'activité de rééducation. Ils participent à la conception des artefacts de rééducation : procédure, locaux, matériel, répartition des temps de chaque discipline. Les modèles, même de façon implicite (Staal et al., 2002), sont aussi des instruments psychologiques pour les ergothérapeutes dans leur travail quotidien de rééducation. C'est pourquoi nous essaierons aussi de soutenir qu'il existe des liens entre les dilemmes des ergothérapeutes quand elles réalisent des mises en situation professionnelle et les modèles théoriques inspirant les programmes de restauration fonctionnelle.

Nous pouvons synthétiser les questions que nous souhaiterions explorer dans la suite de cette thèse en les résumant de la manière suivante :

- Quels sont les dilemmes de métier des ergothérapeutes quand leur tâche porte sur le travail des patients ?
- Dans quelle mesure les dilemmes, formalisés à partir du travail fait avec les ergothérapeutes, nous permettent de réinterroger la manière dont sont utilisés les modèles sous-jacents aux programmes de restauration fonctionnelle ?

Pour répondre à ces questions, il faut d'abord circonscrire le champ de l'investigation en précisant le concept de dilemme de métier et les méthodes nous permettant d'y accéder au travers du corpus des autoconfrontations croisées.

Troisième partie - Les dilemmes de métier des ergothérapeutes dans une tâche de mise en situation professionnelle

Cette troisième partie sera consacrée à la problématique de recherche. L'intervention menée auprès d'un collectif d'ergothérapeutes du centre François Gallouedec a fait surgir une interrogation autour de l'activité des ergothérapeutes confrontés à la question du travail des patients. Dans le cadre d'un programme de restauration fonctionnelle, les mises en situation professionnelle évoquées par les modèles ne sont pas sans soulever un certain nombre de difficultés confrontant les ergothérapeutes à des dilemmes de métier.

Dans un premier temps, nous allons préciser les outils théoriques et opérationnels que nous allons mobiliser. Il sera nécessaire de préciser l'articulation existante entre le concept de dilemme et celui de métier tel qu'il est défini par la clinique de l'activité. Pour rendre ce concept de dilemme de métier opérationnel, il nous faudra ensuite avoir recours à des ressources issues de la linguistique. Nous présenterons donc les concepts opératoires que nous allons utiliser pour analyser les transformations des objets de discours, transformations qui nous permettront de mettre à jour les dilemmes de métier à partir des matériaux issus des autoconfrontations croisées.

Le second temps, sera consacré à l'analyse des matériaux langagiers issus des autoconfrontations croisées.

Dans un troisième temps, et pour conclure cette partie, nous synthétiserons les dilemmes de métier mis à jour.

1. Du concept de dilemme à l'analyse des objets de discours et de débat

La différenciation des quatre registres du métier (personnel, interpersonnel, transpersonnel et impersonnel) permet de concevoir une certaine conflictualité entre ces dimensions. C'est le métier qui « relie dans des discordances créatrices ou destructrices » (Simonet et Clot, 2014, p. 4) ces registres. Cette architecture est soumise aux mouvements de liaisons et de déliaisons de sujets confrontés à des tâches souvent porteuses de contradictions. Il semble possible de pouvoir rendre compte de cette conflictualité du métier sous la forme de dilemmes nécessitant la mise en relation de contraintes et de ressources d'origines différentes (Prot, 2011). Mais comment accéder à ces dilemmes au travers du corpus construit lors des autoconfrontations croisées ? Pour cela il faudra nous tourner vers les ressources de la linguistique donnant un « accès au développement du métier par l'analyse des dialogues » (Miossec et Clot, 2011, p. 354) au travers des apparitions et des transformations des objets de discours (Sitri, 2003).

1.1. Le concept de dilemme de métier

Nous retrouvons l'idée d'un concept de dilemme lors de recherches sur les référentiels d'activités dans des perspectives notamment de formation professionnelle (Clot, Litim, Zittoun et Prot, 2008; Prot, 2011, 2012; Prot et Tomás, 2009; Tomás et al., 2014). Le constat part du fait que le travail prescrit et réalisé monopolisent l'espace du dialogue social au détriment du réel de l'activité. C'est une proposition originale de construire des référentiels non plus à partir de ce qui doit être fait ou de ce qui se fait habituellement mais des conflits auquel chaque professionnel est confronté nécessitant la redéfinition permanente d'une palette d'action pour rester efficace. Cette idée s'appuie sur l'hypothèse qu'il existe des dilemmes qui seraient formalisables afin de rendre compte des rapports, éprouvés par ceux qui s'exposent au travail, entre les différents registres du métier.

1.1.1. Contradiction, conflictualité et dilemme

Pour comprendre le concept de dilemme, il nous faut d'abord exercer un retour sur celui de tâche. La tâche relève de ce qui doit être fait, ce n'est pas qui a été fait et ce n'est pas non plus l'activité telle que nous avons pu le décrire précédemment. La tâche « véhicule avec elle l'idée de prescription » (Leplat et Hoc, 1983, p. 50), elle est par essence décontextualisée mais « c'est justement ce qui tient le métier au-delà de chaque situation particulière » (Clot, 2007, p. 86). La tâche comprend aussi l'idée d'un but, comme ce qui doit être réalisé ou plus précisément de plusieurs buts parfois en compétition. C'est ce qu'exprime Leplat (1997) en proposant que la tâche puisse contenir un but, souvent privilégié, de production (en quantité et en qualité notamment) mais aussi des buts concernant la sécurité (éviter les accidents pour soi et les autres) ou liés au collectif (faciliter la tâche d'autrui). La tâche peut donc « avoir plusieurs

buts, éventuellement conflictuels » (Ibid., p. 18). Plutôt que conflictuelles, ce sont davantage des contradictions que la tâche porte en elle, moteur potentiel de la conflictualité de l'activité.

Si des professionnels confrontés à une même tâche peuvent développer une manière particulière de la réaliser, alors c'est l'introduction de la conflictualité inhérente à l'activité des sujets confrontés à cette même tâche qui permet de comprendre qu'il existe des développements possibles de toute une gamme de réponses possibles. Cette gamme n'est pas autre chose que le « genre » (Clot, 2008b) défini précédemment comme un ensemble de ressources discursives et techniques, provisoirement stabilisé par un collectif, permettant de faire face à la tâche prescrite. Le genre comme histoire collective, qui permet à chacun de ne pas être seul face à sa tâche, n'est pas pour autant univoque. Il résonne en lui différentes manières de faire ou de dire passées ou présentes qui ont leurs histoires et leurs controverses.

L'activité au travail n'est pas réductible à la liste des concepts quotidiens mobilisés ni à celle des tâches prescrites. L'activité, pour conserver sens et efficacité face au réel, est davantage l'histoire de l'affranchissement du sujet vis à vis des prescriptions et du prêt à agir du collectif. L'activité est celle d'un sujet confronté à l'exercice du métier, « structurellement conflit » (Ibid., p. 258), pris dans les liens et les discordances entre ses quatre registres : personnel, interpersonnel, transpersonnel et impersonnel. Les gammes de réponses possibles (transpersonnel) se confrontent au travail prescrit (impersonnel) pris dans les rapports entre les professionnels (interpersonnel) ou chacun fait vivre son histoire (personnel). Le métier est ainsi relié dans des discordances créatrices mais aussi destructrices entre ces quatre registres : créatrices quand la conflictualité permet l'émergence du nouveau et destructrice quand elle génère de l'activité empêchée.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Le métier personnel : l'activité propre, incarnation du métier par chaque professionnel• Le métier interpersonnel : l'activité échangée avec les autres, vie du métier entre les professionnels, échanges sur le travail• Le métier transpersonnel : la mémoire collective pour « voir venir », mémoire de l'histoire des techniques, mémoire professionnelle, moyen d'agir• Le métier impersonnel : la mission confiée par l'organisation, travail prescrit, organisation du travail |
|--|

Tableau 6. Les quatre registres du métier

C'est pourquoi le sujet confronté à une tâche peut faire appel à la ressource collective qu'est le genre mais en le développant sous une forme singulière qui lui est propre. Cette stylisation « participe du genre auquel il fournit son allure » (Ibid., p.109) tout en le retouchant. Le registre transpersonnel peut ainsi faire le lien entre les professionnels. On se reconnaît entre pair, comme « faisant partie du métier », non seulement parce qu'on agit ou on pense de la même façon mais avant tout car nous sommes confrontés aux mêmes conflictualités dans notre activité. C'est aussi la capacité de chacun à pouvoir faire face aux imprévus du réel de façon singulière dans une gamme autorisée ou renouvelée qui fait dire que quelqu'un « a du métier ». L'expertise des professionnels est ainsi générée au point de rencontre entre une histoire collective du métier et une histoire individuelle. En retour, les différences entre les

différentes manières de faire peuvent marquer des divergences de conception dans la manière de réaliser l'action. Ces différences peuvent ainsi devenir des objets de dialogues professionnels ouvrant sur des controverses professionnelles.

Du coup, organiser un dialogue entre professionnels sur leurs différentes manières de réaliser la tâche permet de rendre le genre visible et discutable. C'est la provocation des discordances entre les différentes manières de faire qui permet la réalisation de « liaisons, déliaisons, reliaisons des rapports entre ce qui est momentanément stabilisé dans le milieu et ce qui est mobilisé individuellement pour faire face à l'activité » (Tomás et al., 2014, p. 183). Ce sont les controverses provoquées dans le cadre des autoconfrontations croisées qui « rendent visibles à la fois les tâches et les enjeux, les conflits de l'activité et les ressources construites par chacun pour y faire face » (Ibid., p. 183). En suivant Prot (2011), nous pouvons alors faire l'hypothèse que « l'analyse de l'activité réalisée dans un cadre dialogique entre des professionnels permettra de définir des éléments significatifs de l'exercice du métier » (p. 193). Il nous reste à préciser ce que l'on entend par « éléments significatifs ».

Prot (2012) propose d'appeler ces éléments significatifs des « dilemmes ». Ces dilemmes peuvent être formalisés pour « matérialiser le rapport, éprouvé par ceux qui s'exposent au travail, entre les contradictions inhérentes aux tâches et les conflits de l'activité » (p. 231). Les dilemmes ne peuvent donc pas se résumer aux conceptions de la tâche ou aux concepts quotidiens du genre professionnel. Les dilemmes, comme éléments « significatifs », provoquent l'obligation pour le sujet de mobiliser et de relier des ressources et des contraintes provenant d'origines différentes. Pour le dire autrement, ils organisent des configurations différentes entre les registres du métier. Les dilemmes reflètent davantage l'exercice du métier que la liste de ce qui est prescrit ou l'observation de ce qui est réalisé. La formalisation possible des dilemmes rend visible l'organisation provisoire de la conflictualité inhérente à laquelle doit faire face des professionnels confrontés à ce qu'ils ont à faire, ce qu'ils ont fait et ce qu'ils auraient voulu faire.

Les contradictions contenues dans la tâche ne sont qu'un des éléments participant à la conflictualité de l'activité de travail. Le concept de dilemme rend compte des discordances qu'éprouve le sujet confronté à son travail. Un dilemme peut alors être conçu comme la mise en forme des rapports, éprouvés par ceux qui s'exposent au travail, entre les différents registres de métier. C'est pourquoi nous pouvons parler de dilemme de métier.

1.1.2. L'exemple d'un dilemme dans l'apprentissage de la conduite automobile : entre sécurité et pédagogie

Tentons de donner un exemple de ce que nous entendons par dilemme au travers d'une intervention en clinique de l'activité menée auprès d'enseignants à la conduite automobile (Clot et al., 2008; Prot et Tomás, 2009). Une partie de l'intervention s'est focalisée sur « l'enseignement du franchissement d'un rond-point » comme situation représentative du métier. Cette tâche réunissait trois contraintes importantes pour les professionnels concernés :

enseignement du freinage, placement du regard de l'enseignant, enseignement de la vérification systématique des angles morts.

Parmi l'ensemble des contradictions présentes dans la tâche, deux prescriptions sont particulièrement présentes dans l'enseignement du franchissement d'un rond-point : pédagogie et sécurité. Une réforme de 1991 du diplôme a transformé les moniteurs « d'auto-école » en « enseignants de la conduite automobile et de la sécurité routière ». Cette modification renforce, à côté de l'apprentissage de la conduite, une seconde fonction de sécurité routière. L'enseignant est donc à la fois responsable de la pédagogie mais aussi de la préservation des biens. Cette exigence de sécurité peut s'opposer au fait de laisser un novice prendre les commandes d'un véhicule, mais alors comment assurer l'enseignement pratique de la conduite ? Ces deux objectifs sont, a priori, contraires du point de vue de la sécurité. Cette contradiction dans les buts se traduit en conflit d'activité pour les enseignants mais aussi pour les parents pratiquant la conduite accompagnée confrontés à cette difficulté. La différence étant que les parents peuvent éviter ce conflit en reprenant la main sur le véhicule. Les moniteurs, eux, doivent « faire » leur métier en s'y confrontant.

Durant l'intervention, au moins trois façons de faire ont été dégagées pour rendre compte de la prise en charge de cette même contradiction. Tout d'abord, lors du passage d'un rond-point, où une élève débutante tend à se déporter, l'un des enseignants prend le volant pour corriger la direction tout en maintenant son index tendu en direction de la gauche. Le moniteur indique ainsi l'importance de la vérification des angles morts en incitant l'élève à tourner la tête mais en maintenant le contrôle du véhicule pour éviter tout danger : « le moniteur est parvenu à unifier les deux termes de la tâche prescrite dans un geste qui intègre les différents objectifs » (Prot, 2011, p. 196). La contradiction présente entre des fonctions d'enseignement et de sécurité n'a pas disparue, mais les ressources professionnelles développées par cet enseignant lui a permis de relier les deux termes du dilemme. Durant les autoconfrontations réalisées pendant cette intervention, deux autres enseignants développent une controverse autour de cette même contradiction. L'un propose d'associer la phase de « guidage » (sécurité) à un enseignement réalisé en salle (schémas à l'appui), tandis que pour l'autre, le « guidage » est davantage verbal tout au long de la conduite. Dans le cas présenté, les contradictions sont reliées permettant de donner une valeur créatrice aux discordances du métier.

Les enseignants proposent donc trois variations différentes, trois ressources, pour faire face à une même contradiction initiale. Les trois variations laissent à penser que la contradiction traverse l'activité des différents professionnels et qu'il est possible de la présenter sous la forme d'un même dilemme de métier. Dans le cas présenté, les différentes réalisations des enseignants (registre personnel) sont autant de ressources pour lutter contre les contradictions contenues dans la tâche (registre impersonnel) pouvant, potentiellement à terme, s'inscrire dans le stock de techniques (registre transpersonnel) à disposition des professionnels. C'est cette mobilisation particulière de ressources et de contraintes d'origines différentes qui caractérise un des dilemmes de métier propre aux enseignants de la conduite automobile et de la sécurité routière.

1.1.3. Caractéristiques d'un dilemme de métier

Il est utile d'insister sur le fait qu'un dilemme n'est pas de la même nature qu'une tâche. Il existe au travers de l'exercice du métier par un sujet confronté à un ensemble de contradictions ou de discordances. Pour préciser ce que nous entendons par dilemme de métier, il nous semble important d'en préciser quatre caractéristiques. En tant que mise en forme de la conflictualité existante entre, ou à l'intérieur, des registres du métier, l'expérience du dilemme par un sujet est toujours singulière en situation. Cependant, en tant que dilemme de métier, il peut posséder une dimension générique à la profession. Il est aussi significatif pour les sujets qui l'éprouvent à titre personnel. Enfin, un dilemme n'est pas un rapport du type problème-solution mais bien une relation nécessitant des compromis dans l'action.

La première caractéristique que nous souhaitons préciser concerne la nature singulière de l'expérience d'un dilemme. Si, comme nous le considérons, le dilemme de métier est une mise en forme des rapports, éprouvés par les professionnels, entre les différents registres du métier, alors son expérience est toujours renouvelée. Une modification de la situation n'entraîne pas nécessairement la disparition d'un dilemme mais peut en permettre une expression différente. Ainsi, l'apparition de différents éléments techniques ralentissant la vitesse des automobilistes (ronds-points, dos d'âne, chicane) ne soustrait en rien au dilemme des enseignants de la conduite automobile entre sécurité et apprentissage mais ouvre de nouveaux lieux d'expression.

La seconde caractéristique est, qu'en tant que dilemme de métier, le dilemme possède une dimension que l'on peut qualifier de générique dans la mesure où tous les professionnels confrontés à une même tâche auraient à l'affronter dans l'exercice de leur métier. A priori, aucun enseignant de la conduite automobile ne peut se soustraire au dilemme entre sécurité et pédagogie. Le cadre dialogique des autoconfrontations croisées, en permettant l'apparition et la transformation d'objets de discours entre deux professionnels confrontés à l'analyse de leur travail, donne un indice du caractère générique des dilemmes pouvant y être dégagés : « dans ce processus de déliaison et de reliaison, chacun s'explique à l'occasion du dialogue engagé avec son collègue avec ses dilemmes propres et au contact des dilemmes de métier » (Simonet et Clot, 2014, p. 6).

La troisième caractéristique d'un dilemme est qu'il est significatif pour ceux qui l'éprouvent. Il nécessite la mobilisation et la mise en lien de contraintes et de ressources d'origines différentes afin de permettre à l'action d'advenir. Il traverse ainsi les quatre dimensions du métier. Mais c'est l'épreuve du dilemme qui va prendre des significations différentes selon les personnes. Pour reprendre l'exemple de l'apprentissage de la conduite, un moniteur concerné par un élève en manque de confiance en lui transforme profondément son vécu du dilemme. Le dilemme de métier trouve des significations différentes selon les personnes qui les éprouvent.

La quatrième caractéristique du dilemme est qu'il n'est pas possible de choisir entre l'un ou l'autre de ses termes, chacun faisant partie du métier. Face à l'obstacle particulier proposé par une situation, le professionnel doit alors tenter de « gérer » le problème en proposant une réponse singulière ne résolvant jamais intégralement le dilemme : « aucun d'eux ne peut prétendre avoir réglé définitivement son attitude dans ce conflit de critère » (Clot, 2008b, p.

246). Les dilemmes de métier sont donc des « antagonismes indépassables auxquels l'action [...] efficace doit se confronter » (Tomás et al., 2014, p. 184). Par ailleurs, si un professionnel fait le choix d'ignorer l'un des deux termes c'est « au risque que cet abandon devienne une préoccupation psychologique "très présente" » (Balas, 2011, p. 172). Un dilemme n'est pas de la même nature qu'un problème pouvant se résoudre au travers d'une solution.

Un dilemme ne permet pas de choisir entre l'un ou l'autre de ses termes, chacun faisant partie du métier. L'intérêt de procéder à partir de la notion de dilemme telle que proposée, permet d'éviter de considérer un métier uniquement à partir de ce qui se fait « habituellement », c'est-à-dire aux simples normes d'actions observables. Il n'est pas non plus découpé dans une succession de fonctions à remplir juxtaposées les unes par rapport aux autres sous forme de liste. La formalisation des dilemmes significatifs de l'exercice d'un métier permet de rendre compte des contradictions, dans la tâche, jamais complètement résolues des professionnels confrontés à ce qu'ils ont à faire.

Partir des expériences dilemmatiques singulière, permet de soutenir le dialogue entre les professionnels sur les diverses possibilités d'actions, d'en découvrir de nouvelles mais parfois aussi de mettre en avant les enjeux sur lesquels bute l'action ; en donnant une forme à la conflictualité, il permet de s'en saisir pour, en retour, alimenter les débats sur le métier. Le dilemme, tel que nous le définissons, peut être considéré comme une configuration plus ou moins stable dans le temps entre les registres du métier là où ce dernier tend à achopper et toujours renouvelé au travers d'expériences singulières. Maintenant que la conception des dilemmes est précisée, quels sont les outils qui vont nous permettre de les extraire des matériaux issus de notre intervention ?

1.2. Les méthodes d'analyse des matériaux langagiers

En reprenant les matériaux langagiers, issus du corpus des autoconfrontations croisées, nous essaierons de mettre en avant les dilemmes, comme éléments significatifs, de l'activité des ergothérapeutes confrontés à la question du travail des patients. Nous avons choisi d'analyser uniquement des extraits d'autoconfrontations croisées prenant pour support le visionnage du travail des ergothérapeutes durant l'atelier geste professionnel, là où cette confrontation nous semble la plus vive. D'un point de vue pratique, pour réaliser ce projet il est nécessaire de recourir à des marqueurs linguistiques permettant de repérer, dans les retranscriptions des dialogues, les échanges organisant les objets de discours. Ces objets de discours et leurs transformations, vus comme des productions dynamiques argumentatives orientées vers un destinataire, signent la conflictualité à l'œuvre dans l'activité d'analyse du travail en autoconfrontation croisée. En arrière-plan se détache les objets mêmes du débat propre au métier, entretenant l'activité dialogique, mais permettant aussi le repérage des dilemmes de métier.

1.2.1. Constitution et transformation des objets de discours : les marqueurs d'un développement de l'activité d'analyse

Tout d'abord, il est important de rappeler que la méthode des autoconfrontations organise un rapport entre plusieurs activités : activité langagière et activité d'analyse sur le travail (dont les enregistrements vidéo ne sont que des traces). Les échanges langagiers sont mis au service de l'activité d'analyse durant les autoconfrontations mais les réalisations de l'activité d'analyse peuvent devenir de nouveaux instruments pour les échanges langagiers. C'est ce que Clot (2008b, p. 231-247) souligne à propos de l'activité de conducteurs de train dans une autoconfrontation croisée. Les conducteurs utilisent d'abord le terme de freinage comme un instrument langagier pour analyser la séquence visionnée ; dans le cours de l'autoconfrontation, le freinage se transforme en objet même du discours des conducteurs permettant la poursuite du dialogue. Clot pointe ainsi une possible migration fonctionnelle des activités. L'activité d'analyse est une source d'engagement de l'activité langagière qui est en est une ressource. Mais, l'activité d'analyse peut devenir une ressource permettant la poursuite de l'activité langagière. Ce sont donc ces alternances fonctionnelles « de la source en ressource [...] qui semblent à l'œuvre dans l'enchaînement conversationnel » (Kostulski et Clot, 2007, p. 82). Elles sont aussi une condition nécessaire à un développement possible notamment de l'activité d'analyse.

Le dispositif des autoconfrontations organise donc la possibilité d'un développement, mais comment démontrer que les professionnels se sont réellement saisis de cette opportunité ? Quels éléments montrent que l'activité conversationnelle en autoconfrontation n'est pas une reproduction du « déjà dit » mais un engagement dans une activité d'analyse qui en retour modifie la pensée des professionnels ? Le risque, ici, est une interprétation rapide et « psychologisante » de nos matériaux en concevant le dialogue uniquement comme un simple enchaînement mécanique de paroles entièrement conçues avant d'être prononcées : « poussée à l'extrême, cette tendance pourrait conduire le psychologue à regarder l'énonciation comme l'expression par un sujet d'une pensée déjà constituée » (Miossec, 2011, p. 122). Pour éviter cet écueil, nous avons choisi d'adopter la perspective et les outils des travaux linguistiques de F. Sitri qui s'inscrivent dans le courant de « l'École Française d'analyse du discours ». Sitri (2003) propose un modèle d'objet de discours au travers de l'analyse de sa constitution et de ses transformations dans une situation argumentative orale spontanée.

La référence aux travaux de Sitri nous semble pertinente du fait de la proximité de nos propres matériaux issus d'autoconfrontations croisées avec le type de corpus auquel s'étend ses analyses. L'analyse du discours à laquelle elle fait référence s'applique dans le cadre d'un corpus « d'oral spontané » de « situations argumentatives » (Ibid., p. 15). Une production de type « oral spontané » n'est pas conçue comme totalement distincte du code écrit même si elle possède ses propres caractéristiques, exploitant différemment les potentialités du système de la langue. Sitri met par exemple en avant l'utilisation particulière de la thématisation par cadrages successifs comme dans l'exemple qu'elle emprunte à Culioli : « moi, mon père, sa voiture, les freins i'déconnectent ». Elle note aussi une analyse différente de

l'emploi des connecteurs argumentatifs entre une situation d'oral et d'écrit. Quant à la « situation argumentative », elle est définie quand « un discours et un contre-discours s'affrontent devant un tiers, dont la présence est généralement garantie par un dispositif de type institutionnel » (Ibid., p. 9). Les autoconfrontations croisées, quand elles permettent l'installation de la controverse à partir d'échanges langagiers entre professionnels et devant le chercheur, correspondent bien à des « situations argumentatives » produisant un corpus « d'oral spontané ».

Un autre intérêt des travaux de Sitri est de s'intéresser à ce qui se construit dans l'enchaînement des interventions des différents locuteurs, et non d'interpréter d'hypothétiques intentions des sujets. L'objet du discours, comme construit, est « une entité discursive, c'est-à-dire constitué **de** discours et construite **dans** et **par** le discours » (c'est l'auteur qui souligne, Ibid., p. 10). Il se développe ainsi tout au long du « fil de discours » (Ibid., p. 10) entre les locuteurs mais se construit sur des mots, des discours déjà tenus par le passé. Ce discours tenu est emprunté au discours des autres, Sitri se rapproche ainsi des interprétations de Bakhtine sur le dialogisme : « tout mot de son propre contexte provient d'un autre contexte, déjà marqué par l'interprétation d'autrui » (Bakhtine, 1998, p. 263). Le discours prononcé est, pour partie, déterminé par les discours déjà tenus ailleurs (dialogisme interdiscursif) ou dans le cadre de l'échange dans lequel il se développe (dialogisme interlocutif). Les mots, ainsi considérés, sont avant tout les mots de quelqu'un d'autre déjà chargés d'interprétations donnant une autre dimension, une épaisseur pour le dire à la manière de Clot, au discours produit. Le discours réalisé, comme une des possibilités du discours « réel », permet le rapprochement avec la conception du dialogue en autoconfrontation comme un produit et une activité langagière à part entière.

Mais revenons plus spécifiquement à l'objet de discours, Sitri s'intéresse à la fois à sa constitution et à aux processus de sa transformation au sein d'un discours. A propos de la constitution, elle repère deux mécanismes de « thématization » permettant la transformation d'un segment discursif en objet de discours potentiel : les constructions détachées et les dispositifs pseudo-clivés.

- Les constructions détachées regroupent un ensemble de techniques permettant de mettre l'accent sur un élément particulier : le détachement en tête d'un mot (ex. La France, elle va faire 50 milliards d'économie), le marquage par un verbe de parole (ex. « quand vous parlez de... »), l'introduction d'un élément nouveau à l'aide du marqueur « par exemple... ».
- Les dispositifs pseudo-clivés, sont globalement de la forme *A c'est B*, ou le segment A prépare l'introduction de B. Ils peuvent prendre diverses formes : « ce que je ne comprends pas c'est que », « une chose qui m'étonne c'est », « la question que je vous pose »... Sitri confère une fonction similaire au présentatif existentiel « il y a... ».

La mise en relief par les deux mécanismes présentés ne suffit pas à la constitution d'un objet de discours, pour le devenir il devra se développer dans le fil du discours en suscitant une réaction de la part de l'interlocuteur : « ainsi posera-t-on que X peut devenir objet de discours - c'est-à-dire ouvrir une séquence discursive - si, dans l'énoncé qui le constitue, se font entendre deux discours, le plus souvent contradictoires » (Sitri, 2003, p. 99). C'est pourquoi

l'apparition d'un objet de discours est souvent associée à une question adressée à autrui ou bien à l'expression d'un problème qui peut toujours se mettre en question.

A propos de la transformation des objets de discours, Sitri précise que, même si la thématization possède un rôle dans l'émergence d'un nouvel objet de discours, il participe également à sa modification. Elle développe aussi le rôle des différentes formes de reprises dans la transformation de l'objet de discours : reprise par le démonstratif (ex. des personnes sont contactées pour partir → c'est un « dégraissage »), reprise avec variation dans la détermination (ex. l'indice → les indices → des indices), reprise paraphrastique (ex. proposer → imposer). La reprise permet d'assurer une forme de continuité permettant d'identifier l'objet de discours tout en le transformant : « elle produit des effets paradoxaux de conservation et de changement » (Ibid., p. 144). La transformation peut aussi prendre la forme du passage d'un objet de discours à un autre objet de discours. Dans un discours oral non planifié, un objet est toujours susceptible de se diviser, se ramifier ou même de disparaître pour éventuellement réapparaître. Sitri relève des processus d'extraction (mise en relief d'un élément) et de partition (constitution de l'objet en sous-objet) permettant le passage d'un objet à un autre ; ces processus sont repérable à l'utilisation de marqueurs de réorientation discursive : connecteurs argumentatifs (donc, c'est-à-dire, parce que, alors) et morphèmes déictiques⁷² (ça et là).

C'est cette notion d'objet de discours, ainsi définie, que nous utiliserons dans notre travail d'analyse des autoconfrontations croisées. Nous tenterons de montrer que, dans les séquences retenues, les professionnels construisent et transforment des objets de discours provoquant un développement de leur propre activité d'analyse sur leur travail. La constitution d'un objet de discours, comme ouverture d'une séquence discursive entre énoncés contradictoires sur le travail, signe la présence d'une conflictualité que nous pourrions tenter de transcrire sous la forme d'un dilemme. En outre, ces discours multiples constituent un premier indice du caractère potentiellement générique du dilemme. Suivre les transformations de l'objet de discours renseigne sur les thématizations successives et leur dynamique. En contrepoint de l'objet de discours, il nous faudra aussi pouvoir nous appuyer sur l'objet même du débat.

1.2.2. **Objet de discours et objet du débat**

Le titre de l'ouvrage de Sitri *L'objet du débat* ne reflète pas son contenu qui parle uniquement de l'objet de discours. Pourtant, Clot (Clot, 2008b, p. 244) souligne l'importance conceptuelle de faire la distinction entre « objet de discours » et « objet de débat ». L'objet de discours se construit dans le fil du dialogue mais il ne peut se comprendre, toujours selon Clot, que dans son rapport avec l'objet du débat. En autoconfrontation croisée, si l'objet de discours ne peut pas se réduire seulement aux interactions orales entre les protagonistes présents, c'est qu'« il reste toujours le

⁷² Des mots sont considérés déictiques quand ils ne sont compris que lorsque la situation d'énonciation est connue.

moyen d'un débat de métier » (Ibid., p. 246). Il reprend l'exemple des conducteurs de trains dont l'objet de discours porte sur le « freinage ». Dans l'extrait qu'il présente, l'objet du débat ne se dévoile que sur la fin où l'un des conducteurs dit : « Moi je prends soin de mes petits passagers ». Le développement de l'objet de discours, le freinage, est analysé par les conducteurs sous l'angle du confort qui est l'objet du débat.

L'objet de débat soutient l'objet de discours qui en retour le réalise, mais une fois réalisé par le langage, l'objet de débat peut devenir à son tour un moyen pour réaliser l'objet de discours. Dans l'exemple de Clot, le confort est la source des interrogations étayant le développement de l'objet de discours, le freinage. Dans un second temps, le confort des passagers, par la redécouverte d'un geste technique⁷³, devient une ressource pour l'analyse du geste de freinage. C'est cette alternance fonctionnelle entre « objet de débat » et « objet de discours » qui permet leur développement respectif sans qu'ils se recourent.

Mais « l'objet de débat » n'est qu'un parmi les débats de métier. Le confort est un souci habituel des conducteurs de trains mais il n'est pas le seul. Le freinage dont ils discutent porte en lui cette question du confort mais aussi de la sécurité et du respect des horaires. Comme nous l'avons évoqué précédemment, aucun professionnel ne peut régler définitivement son attitude vis-à-vis de ce « conflit de critères », et le dialogue n'épuise ni ne permet la résolution du problème « réel » mais contribue à l'enrichir. Les autoconfrontations croisées, en ouvrant la possibilité de mise en question de sa manière propre d'exercer le métier, permettent au professionnel de mettre « au jour des conflits de son activité qui ne sont pas ou plus l'objet d'une activité consciente » (Miossec et Clot, 2011, p. 352), autrement dit, leur donner une forme. L'objet du débat est en quelque sorte le nœud autour duquel « s'enroule » le dilemme. Pour poursuivre l'exemple de Clot à propos des conducteurs de train, le dialogue aurait pu se développer autour d'un autre objet de débat que le confort, comme la sécurité ou le respect des horaires, permettant la mise en forme de dilemmes différents.

Les rapports entre « objet de discours » et « objet de débat » redonnent une épaisseur à l'activité d'analyse des professionnels durant les autoconfrontations croisées, qui ne se réduit pas ainsi au simple dialogue réalisé par les protagonistes. Nous montrerons, dans les séquences d'autoconfrontations croisées retenues, comment se constituent et se transforment les objets de discours marquant le développement de l'analyse des ergothérapeutes sur leur travail. Ensuite, la dynamique entre objet de discours et objet de débat nous aidera à dégager et à mettre en forme certains dilemmes significatifs pour les ergothérapeutes confrontés à l'organisation de mises en situation professionnelle.

⁷³ La « dépression de 500g » qui permet d'éviter aux voyageurs un à coup à l'approche du quai.

2. Le corpus et son analyse

Nous avons retenu trois extraits d'autoconfrontations croisées, toutes mettant en scène Claire et Marie analysant leur travail au cours de l'atelier geste professionnel. Nous avons choisi de ne pas présenter d'autoconfrontations réalisées avec leurs collègues car la question du travail du patient est abordée de manière plus indirecte. Ce sont d'ailleurs, en partie, les empêchements des collègues à traiter cette question et relevés lors de ces autoconfrontations croisées, qui ont orienté notre travail de recherche. Le choix de ces séquences a donc été fait, d'une part car l'atelier geste professionnel est le seul moment formalisé dans les prises en charge rééducatives mettant en œuvre des mises en situation professionnelle, d'autre part car Claire et Marie sont les seules ergothérapeutes y prenant part. Le choix des trois séquences, parmi tout le corpus concernant Claire et Marie, s'est appuyé sur les difficultés relevées lors des premières co-analyses et que nous souhaitons investiguer plus avant :

- Il ne semble pas aller de soi de faire exister un atelier geste professionnel au sein d'un programme de restauration fonctionnelle notamment au travers de la question des buts poursuivis « d'entraînement » ou de « réentraînement ».
- Le besoin de s'appuyer sur des matériaux « corporels » pour faire son travail d'ergothérapeute est confronté au discours des patients rapportant « autre chose » que de simples données biologiques sur leur travail. Cela amène parfois les ergothérapeutes à faire des propositions comme de pousser avec « le poing serré » allant dans le sens de la préservation de la santé du patient mais posant question pour que celui-ci puisse faire efficacement son travail.
- Les précisions incessantes apportées par les patients, éventuellement recherchées par les ergothérapeutes, sont parfois perçues par les professionnels de santé comme des obstacles pour passer à la mise en mouvement du patient, cœur de l'atelier geste professionnel. L'absence, ou l'occultation, de ces précisions peut aussi faire oublier provisoirement qu'un chariot « ce n'est pas un cheval », ce que nous verrons plus précisément lors du troisième extrait d'autoconfrontation que nous allons analyser.

L'analyse des séquences sera précédée à la fois du contexte dans lequel a été tourné le film visionné par les ergothérapeutes et du contexte de l'autoconfrontation elle-même. Comme l'indique Charaudeau (2009), si le langage signifie en même temps qu'il transmet, c'est dans l'acte même de transmission qu'il signifie. C'est pour cela que cet auteur insiste sur l'importance de la prise en compte de ce qu'il nomme le « contexte situationnel » dans l'analyse du corpus.

Dans un souci de lisibilité, nous avons retenu le choix d'une transcription orthographique (Sitri, 2003, p. 16). Nous avons tout de même retenu des codes de transcription notamment ceux marquant une hésitation ou une approbation :

- /-/ silences plus ou moins longs /--/, /---/
- : note l'allongement d'un son. Plus il y a de points, plus l'allongement est long (ex. eu :h, eu ::h))
- **m** ce signe désigne un son prononcé lèvres closes et correspondant le plus souvent à une marque phatique d'approbation et/ou de confirmation du discours de l'interlocuteur.
- **(rires)** rires
- [] entre crochet des remarques d'ordre général (ex. [arrête la vidéo])

Durant l'analyse, le symbole § sera employé pour « tour de parole » suivi de son numéro (ex. §4 renverra au tour de parole n°4).

2.1. Analyse du premier extrait d'autoconfrontation croisée : « entraînement et réentraînement »

Cette première analyse s'appuie sur la première autoconfrontation croisée réalisée avec Claire et Marie durant laquelle elles sont confrontées à un enregistrement vidéo de leur travail pendant un atelier geste professionnel. Cette autoconfrontation s'est déroulée en deux séances d'environ 1h30 chacune en septembre 2015. Nous avons retenu une séquence d'environ 5 minutes intervenant tout à la fin de la seconde séance.

Les protagonistes de l'autoconfrontation :

- Claire, Ergothérapeute dont est visionnée la séquence de travail.
- Marie, Collègue ergothérapeute de Claire lors des ateliers geste professionnel.
- Intervenant/chercheur.

Les protagonistes mentionnés :

- Dr B., Médecin référent du programme STMS au Centre Gallouedec.
- Stagiaire ergothérapeute.

2.1.1. L'extrait du dialogue

Le film visionné montre Claire animant un atelier geste professionnel avec une stagiaire en l'absence de Marie. Nous sommes à la fin de l'atelier geste professionnel. Claire prend du temps afin d'expliquer aux patients l'intérêt d'inclure les étirements dans le travail quotidien. Une des patientes objecte qu'il lui est difficile de se projeter car « on n'est pas encore dans notre contexte [de travail] ». Claire distingue une « phase d'entraînement » en centre de rééducation par rapport au « faire » au poste de travail quotidien. Or, il est plus courant d'employer en rééducation le terme de réentraînement que celui d'entraînement. Par exemple, certains programmes multidisciplinaires sont appelés programmes de réentraînement à l'effort. C'est ce terme, peu usuel en rééducation, « de phase d'entraînement », répétée à plusieurs reprises et sur lequel insiste le chercheur, qui amorce le dialogue.

- | | |
|-----|---|
| 1. | Marie. Tu commences à la faire flipper là (rires). |
| 2. | Intervenant/chercheur. [arrête la vidéo] Alors je vais poser une question. C'est une phase d'entraînement, je suis assez d'accord. /-/ Mais une phase d'entraînement à quoi ? |
| 3. | Claire. Bah, à la reprise de l'activité professionnelle. |
| 4. | Intervenant/chercheur. Donc on s'entraîne... |
| 5. | Claire. A refaire un geste. /-/ |
| 6. | Intervenant/chercheur. C'est ça en fait. L'objectif final c'est de faire eu::h un match de foot c'est de reprendre le boulot. |
| 7. | Claire. C'est ça. |
| 8. | Intervenant/chercheur. Donc la phase d'entraînement. Et donc dans le coup on entraîne quoi ? /-/ Là à ce moment-là. |
| 9. | Claire. Ben, il y a plein de trucs, il y a le geste. Il y a aussi tiens, je vais me remettre dans mon travail. C'est ça aussi. Qu'est-ce qu'on entraîne ? |
| 10. | Marie. Bah aussi à trouver des moments pour faire des étirements. |

11. Claire. Voilà. eu.:h ben quand ça fonctionne bien, quand les gens c'est c'est la rapidité d'exécution et cætera, retrouver euh du dynamisme dans le geste. Euh qu'est-ce qu'on entraîne ? /-/ C'est vrai que là on a plus l'impression qu'on a fait un atelier d'explication. Pas de réentraînement au geste. Mais ça peut être pendant 10 minutes hop je fais le geste tac tac tac tac tac. Comment je ressens ? Comment je suis ? Comment voilà quoi.
12. Marie. Je trouve qu'on n'est quand même pas trop dans du réentraînement pur parce que, on serait dans du réentraînement pur ce serait plus long en effet.
13. Claire. Ouai.
14. Marie. Ton poste il serait déjà bien, bien aménagé.
15. Claire. Ouais on est atelier geste professionnel.
16. Marie. On est dans l'entre deux parce que.
17. Claire. Ouai.
18. Marie. Compte tenu des conditions qu'on a aussi.
19. Claire. On est dans la rééducation et la réadaptation au poste de travail.
20. Intervenant/chercheur. Alors.
21. Claire. Plus dans la réadaptation là que dans le réentraînement.
22. Intervenant/chercheur. Moi je serais assez d'accord pour l'entraînement plus que le réentraînement. Parce que le réentraînement c'est une activité qu'on va reproduire à intensité égale pour viser ce type-là. Alors que quand je parle d'entraînement, tu me dis pas forcément, oui l'objectif final c'est de reprendre le poste mais c'est, comment intégrer des activités d'auto étirement dedans et cætera. Donc il y a autre chose et ça c'est plus de l'entraînement quelque chose qu'ils ne faisaient pas auparavant.
23. Marie. Ouais c'est ça.
24. Claire. Que. De la réadaptation tu veux dire.
25. Intervenant/chercheur. Ouai. C'est de la réadapt mais eu:h.
26. Marie. Oui l'entraînement.
27. Intervenant/chercheur. Mais quand tu parles d'entraînement je le mettrais plutôt là.
28. Claire. Oui, oui, oui.
29. Intervenant/chercheur Ca me parle. Alors que du réentraînement ce serait on reprend votre situation telle quelle et.
30. Marie. On fait, on fait, on fait.
31. Intervenant/chercheur. En fait c'est juste une question d'intensité. On augmente l'intensité. C'est pas ce que vous faites là.
32. Marie. Ouais je suis d'accord.
33. Claire. C'est vrai qu'on ne fait pas. Enfin c'est là où est la difficulté c'est que la rééducation c'est en.
34. Marie. Oui mais même temps.
35. Claire. On est entre les deux. Mais en même temps, tu ne peux pas leur faire faire.
36. Marie. Mais c'est quand même de la rééducation, pour moi.
37. Claire. Oui. Ouais, ouai.
38. Intervenant/chercheur. Oui c'est de la rééducation mais ce n'est pas du réentraînement.
39. Marie. C'est pas du réentraînement. C'est de l'entraînement. Je suis d'accord.
40. Intervenant/chercheur. On va faire différemment quoi.
41. Marie. Ouai. Ouai. Non ça, ça c'est juste. Ca. C'est. Parce que regarde au début finalement ce qui était demandé c'était justement du réentraînement au geste professionnel.
42. Claire. A l'effort Ouai.
43. Marie. Dr B., c'était ça qu'il demandait. Mais quelque part, on ne peut. Enfin.
44. Claire. Il y a tellement d'étapes à passer avant le réentraînement.
45. Marie. Et puis, il n'y a pas que ça, ouais voilà.
46. Claire. Il n'y a pas que ça. Ouai.
47. Marie. Y a pas que. Et ça, ça nous dérangeait aussi d'ailleurs.
48. Claire. Mais c'est pour ça qu'on disait qu'il n'y avait que l'APA [Activité Physique Adaptée] qui. Dans ce cas-là l'APA pouvait le faire.
49. Marie. m.
50. Claire. Parce que si c'était que du réentraînement, oui ben voilà c'est ça. Si c'était que du réentraînement l'APA pouvait très bien renforcer tous les muscles et puis basta.
51. Intervenant/chercheur. Ce qu'on fait un peu plus en.
52. Claire. Nous on avait pas, entraînement.
53. Intervenant/chercheur. En REL [Réentraînement à l'Effort du Lombalgique, l'équivalent du programme RFR à Galloudec]. Où on est dans une phase de réentraînement quoi. Où là on va les booster au niveau physique, articulaire, souplesse machin truc. Là on est dans une phase de réentraînement. /-/ Alors que là il n'y a pas. C'est un

- petit peu moins présent. Il y a peut-être une phase d'entraînement enfin en tout cas de changer de faire différemment. Pas très clair. C'est peut-être pas tout à fait ça.*
54. *Claire. C'est peut être. Moi c'est le mot entraînement.*
55. *Intervenant/chercheur. Entraînement ou réentraînement.*
56. *Claire. Qui me perturbe. Réentraînement j'ai compris. Entraînement, je eu::h.*
57. *Marie. Bah c'est s'entraîner à quelque chose, ça veut dire eu:h trouver de:s des stratégies aussi. Pour moi l'entraînement c'est ça euh.*
58. *Intervenant/chercheur. S'entraîner à pouvoir faire ses étirements.*
59. *Marie. A pouvoir faire des choses quoi mais voilà. Une action eu:h. Tu vois s'entraîner à un geste par exemple. On s'entraîne à un geste ça veut dire que t'essaye de -/-*
60. *Claire. De le reproduire.*
61. *Marie. De le faire, voilà. Ouai.*
62. *Intervenant/chercheur. Réentraînement c'est-à-dire quelque chose qu'on a déjà.*
63. *Claire. C'était. Le geste il est déjà acquis et tu dois vraiment. Ok d'accord.*
64. *Marie. Et tu fais, tu fais, tu fais. Et tu vois, je me souviens ce que disais la psychologue du travail là quand on avait été avec elle en entreprise. Où elle disait euh mais euh. Il y a des kinés qui disent ça mais on va casser les gens à les réentraîner sur le même geste tu vois. Et cette idée-là euh.*
65. *Intervenant/chercheur. Ben non. Euh. Enfin dans le coup, si vous les réentraînez sur le même geste ça veut dire que physiologiquement il sera en mesure de supporter la même contrainte qu'antérieurement en faisant exactement de la même façon.*
66. *Marie. Voilà c'est ça.*
67. *Claire. m. m. m.*
68. *Intervenant/chercheur. Or vous, dans l'activité que vous proposez vous n'êtes pas.*
69. *Marie. Du tout.*
70. *Intervenant/chercheur. Dans une activité de réentraînement. Vous êtes dans on va faire différemment.*
71. *Claire. Voilà donc d'entraînement.*
72. *Intervenant/chercheur Il y a quand même des choses qui vont changer.*
73. *Marie. Oui. Ouai.*
74. *Claire. Ouai. Tu le notes bien dans ton rapport ça.*
75. *Intervenant/chercheur. 1h36 (rire)*

Extrait 8. Autoconfrontation croisée entre Claire et Marie : « entraînement et réentraînement »

2.1.2. La construction et la transformation d'un objet de discours « c'est une phase d'entraînement »

Nous allons tenter de mettre en avant la constitution et les transformations des objets de discours durant cet extrait pour suivre le développement de l'activité d'analyse des ergothérapeutes sur leur propre travail. Ce sont ces développements de l'objet de discours dans l'autoconfrontation qui permettent, en quelque sorte, à Marie de redécouvrir les raisons pour lesquelles ça les « dérangeait » de faire du réentraînement et pourquoi elles souhaitaient proposer un atelier différent de ce qui se faisait auparavant mais moins codifié par le métier d'ergothérapeute.

La séquence débute avec la reprise par l'intervenant/chercheur du terme de « phase d'entraînement » prononcé par Claire dans la vidéo visionnée. Il propose comme objet de discours potentiel l'objectif de cette phase d'entraînement (« une phase d'entraînement à quoi ? » §2). Le dialogue s'engage avec l'intervenant/chercheur poussant plus loin la question au travers de la répétition de la conjonction « donc » §4 et §8, obligeant les ergothérapeutes à alimenter le discours en recherchant « qu'est ce qu'on entraîne » §11. Elles fournissent de multiples réponses : « l'activité

professionnelle » §3, « le geste » §9, se « remettre au travail » §9, « trouver des moments pour faire des étirements » §10, « la rapidité d'exécution » §11, « retrouver du dynamisme » §11.

Mais c'est la réorientation du discours par Claire sur le terme même de phase d'entraînement qui permet la constitution du véritable objet de discours. Cette réorientation se fait par l'utilisation d'un dispositif pseudo-clivé (« C'est vrai *que* là » §11) annonçant l'introduction d'un thème qui est, en fait, une altération par une reprise paraphrastique de celui de phase entraînement devenant « un *atelier d'explication* » §11 puis « un *atelier geste professionnel* » §15. Il est aussitôt mis en contraste avec un terme plus habituel en rééducation qui est celui de « *réentraînement* » §11. Paradoxalement, pour tenter de comprendre ce qu'elles font, Claire et Marie vont prendre pour objet de discours ce qu'elles ne font pas en lui donnant une forme très clivée de « *réentraînement pur* ». Il existe donc d'un côté un élément bien codifié dont on peut distinguer une forme « pure » et de l'autre ce « là » §11 visible à la vidéo qui tente d'être cerné par des nominations successives différentes.

Cette difficulté à nommer ce qui est fait est repris par Marie « on est dans l'*entre deux* » §16 qu'elle tente de relier, via le connecteur argumentatif « *parce que* » §16, au nouveau thème des « conditions » §18 matérielles de réalisation de l'atelier geste professionnel. Deux objet de discours potentiels sont proposés : la difficulté à caractériser « l'entre deux » ou les « conditions » matérielles. C'est Claire qui choisit le destin du dialogue en proposant une vision de « l'entre deux » introduisant deux termes importants dans leur profession d'ergothérapeute : « on est dans la *rééducation* et la *réadaptation* au poste de travail » §19. Cette nouvelle dichotomie est tout de suite reprise : « plus dans la *réadaptation* là que dans le *réentraînement* » §21, ce qui laisserait à penser que le réentraînement se situerait du côté de la rééducation et que ce qui fait « là » davantage du côté de la réadaptation. Quoiqu'il en soit, cette partie de l'échange marque davantage une tentative d'inscription de l'objet de discours dans des discours déjà tenus et construits ailleurs. Ceci est notable aux tentatives d'articulation de l'objet de discours (« l'entre deux ») avec des nominations chargées d'un sens et d'une histoire dépassant le cadre de ce dialogue (« entraînement », « rééducation », « réadaptation »). C'est ce que nomme Sitri (2003) « l'arrière-plan discursif, le "double-fond social" ou historique propre à toute nomination » (p. 112). Les ergothérapeutes s'appuient sur des concepts professionnels et transforment ainsi les objets de discours ; c'est ce qui signe, pour nous, une tentative de leur part d'inscrire le dialogue dans un débat de métier. Mais, à ce moment-là, il nous est encore difficile de nommer l'objet même du débat. C'est ce que l'on note dans les multiples revirements entre les tours de paroles §21 et § 41 où rééducation, réadaptation et réentraînement sont tour à tour objets et instruments du discours.

A partir du tour de parole §41, Marie stabilise provisoirement l'objet du discours du côté du réentraînement comme pôle mis en tension avec ce que, elles, comme ergothérapeutes, souhaitaient mettre en place durant l'atelier geste professionnel. Le tour de parole 41, « *parce que* regarde au début finalement *ce qui* était demandé c'était justement du réentraînement au geste professionnel » §41, est à mettre en rapport avec le tour de parole 47, « *ça* nous dérangeait

aussi d'ailleurs » §47. Le « regarde » de Marie marque l'orientation du discours spécifiquement vers Claire⁷⁴ en convoquant l'histoire partagée des débuts de l'atelier (« ce qui *était demandé* »), histoire partagée aussi avec le Dr B. (« c'était ce qu'il demandait » §43). La reprise avec modification de la nomination de Claire en §42 marque la transformation dans la continuité de l'atelier de réentraînement « à l'effort » §42 demandé par le Dr B. à l'origine. Celui-ci devient l'atelier « *geste professionnel* » §41 que tentent de mettre en place les ergothérapeutes. C'est précisément l'histoire de cette transformation que Claire et Marie rejouent dans cette autoconfrontation.

La clarification du terme de réentraînement pris dans l'histoire de l'atelier geste professionnel aide mais ne suffit pas à épuiser le discours autour du terme d'entraînement. Un nouvel emploi d'un dispositif pseudo-clivé permet à Claire de thématiser le mot « entraînement » : « moi c'est le mot entraînement [...] *qui me perturbe* » §54 et §56. Les tentatives de Marie pour soutenir les propos de sa collègue sont hésitantes : « ça veut dire *eu:h* trouver *de:s* stratégies aussi. Pour moi l'entraînement c'est ça *eu:h* » §57, « une action *eu:h* [...] ça veut dire t'essaye de /-/ » §59. Le « euh » comme disflueance verbale (Pallaud, Rauzy et Blache, 2013)⁷⁵, les prolongations de syllabes et la difficulté à finir ses phrases sont autant de marqueurs de suspension du flux discursif témoignant de l'impossibilité à mobiliser un « déjà dit » (Bournel-Bosson, 2005). C'est précisément dans ce difficile à dire que peuvent se créer de nouvelles réalisations.

Ce sont ces nouvelles réalisations qui nous permettent d'entrapercevoir l'objet du débat au tour de parole §60 et §61. Claire tente de compléter le début de définition proposée par Marie en expliquant que s'entraîner à un geste c'est essayer « de le *reproduire* » §60, ce que reprend immédiatement Marie en lui opposant que c'est davantage essayer « de le *faire* » §61. Les deux termes permettent d'organiser la relation d'opposition entre un « reproduire » du côté du réentraînement et un « faire », sous-entendu nouveau, du côté de l'entraînement. C'est probablement ce qui permet ensuite à Marie de convoquer une nouvelle ressource argumentative sous la forme d'une histoire partagée avec Claire. Les propos tenus lors d'une visite en entreprise par une psychologue du travail leur disant « on va casser les gens à les réentraîner sur le même geste » §64, propos qui existe chez d'autres professionnels (« il y a des kinés qui disent ça » §64), peuvent alors être repris pour l'analyse de leur propre travail dans le cours de l'autoconfrontation croisée.

La séquence se termine sur une proposition l'intervenant/chercheur ancrant le travail des ergothérapeutes dans l'atelier geste professionnel du côté de la recherche de la production d'un nouveau geste : « vous n'êtes pas [...] dans une activité de réentraînement. Vous êtes dans on va faire différemment » §68 et §70. Claire, qui avait du mal à cerner le terme entraînement, reprend cette proposition comme une définition (« voilà *donc* d'entraînement ») clôturant l'échange tout en lui donnant un avenir possible auprès de nouveaux destinataires en interpellant l'intervenant/chercheur : « tu le notes bien dans ton rapport ça » §74. Cette dernière remarque donne une certaine

⁷⁴ Cet élément est confirmé par les jeux de regards exclusivement partagé entre Claire et Marie entre les tours de parole §42 et §50.

⁷⁵ Les auteurs parlent des euh comme de « pauses remplies ». Pour notre part, nous les considérons comme rempli d'un discours non encore advenu.

valeur à cet échange au-delà de la simple interlocution entre Claire et Marie en l'inscrivant dans le cadre de l'intervention menée au centre Gallouedec.

Ainsi, l'emploi par Claire durant l'atelier geste professionnel d'un terme qui pourrait paraître anodin, l'« entraînement », se révèle au travers du dialogue être porteur du centre de gravité qui leste les buts des ergothérapeutes durant un atelier geste professionnel. L'autoconfrontation redonne vie au mot en le faisant rebondir sur d'autres mots davantage codifiés dans le métier (rééducation, réadaptation, réentraînement) lui redonnant ainsi toute son épaisseur.

L'autoconfrontation croisée provoque de nouvelle manière de dire et entraîne le dialogue autour de l'entraînement sur des angles morts. Ce qui se dit habituellement dans le métier, comme l'emploi des concepts de rééducation et de réadaptation, ne suffit plus à dire ce qu'elles veulent dire pour expliquer ce qu'elles tentent de faire. C'est justement au travers de ce qui reste difficile à dire que le dilemme va pouvoir émerger.

2.1.3. Un premier dilemme autour du changement : réentraîner des capacités physiques ou entraîner un nouveau geste professionnel

Le mot « entraînement » organise ici une arène pour la lutte entre plusieurs voix qui se répondent à la poursuite de ce qui est difficile à dire et à comprendre. Pour reprendre le vocabulaire de Bakhtine, il est plurivocal (Bakhtine, 1998), c'est le « moment de rencontre avec la parole d'autrui dans l'objet même » (Clot, 2008b, p. 243) signant par la même l'intensité dialogique de l'activité langagière. Le mot « entraînement » se trouve pris et repris par les locuteurs de l'autoconfrontation croisée (dialogisme interlocutif) mais aussi dans les discours empruntés à autrui déjà tenu ailleurs (dialogisme interdiscursif).

Il nous semble que c'est « le changement » qui est l'objet du débat soutenant cette activité dialogique, mais il est peut être difficile à entendre au milieu de cette foule de discours. L'enchaînement des tentatives de Claire et Marie pour décrire ce qu'elles tentent de faire faire au patient de son geste, à savoir « de le reproduire » §60 ou « de le faire » §61, nous aide à le cerner. La convocation de destinataires absents, comme les professeurs d'APA par exemple, permet de faire rebondir le dialogue en positionnant le réentraînement dans une perspective où il faut « renforcer tous les muscles » §50. Par un effet en retour, cela permet aux ergothérapeutes de se réinterroger pour elles (« pour moi » §57) mais aussi entre elles sur ce qu'elles visent comme modifications pour le patient lorsqu'elles parlent d'entraînement. L'entraînement devient alors un moyen pour « trouver des stratégies » §57. C'est cette évolution de l'analyse qui permet à Claire et Marie de distinguer le *reproduire*, très présent dans la restauration fonctionnelle avec l'objectif de modifier quantitativement des fonctions présentes chez le patient ; du *faire* qui apporte une notion de transformation du geste. Ce sont bien des conceptions du changement visé par la rééducation, comme objet de débat, qui supportent l'objet de discours durant cette autoconfrontation.

Claire et Marie semblent en accord sur le but qu'elles donnent à l'atelier geste professionnel même s'il reste difficile à nommer. Il prend justement corps dans cet extrait dans le mot « entraînement » peu usuel et difficile à définir. L'opposition prend vie par la convocation d'autres discours, qu'ils soient théoriques (les concepts de rééducation, réadaptation et réentraînement), ou rapportés (ce que demandait le Dr B., ce que disait la psychologue du travail ou les kinésithérapeutes).

C'est donc à partir des transformations des objets de discours, telles que nous avons pu le voir précédemment lors de l'analyse du dialogue, que nous allons tenter de dévoiler le dilemme auquel sont confrontés les ergothérapeutes.

Le premier temps de l'extrait (§1 à §18) est une tentative de description par les deux ergothérapeutes de ce qui est fait durant un atelier geste professionnel à partir du terme de « phase d'entraînement » employé par Claire lors de l'atelier geste professionnel visionné. C'est l'intervention du chercheur qui pousse l'attention des ergothérapeutes sur ce moment précis du travail de Claire en demandant une explication sur cette phase d'entraînement mais « une phase d'entraînement à quoi ? » §2. Nous pouvons faire l'hypothèse que cette question pousse les ergothérapeutes à tenter de lier, délier et relier les rapports entre le mot entraînement utilisé spécifiquement par Claire et le but même de l'atelier. La réplique de Claire permet de confirmer en partie cette hypothèse quand elle répond du côté de la tâche en précisant que l'un des buts de l'atelier geste professionnel serait « la reprise de l'activité professionnelle » §3. La relance du chercheur, « on entraîne quoi ? » §8, propose un déplacement de la question du métier vers l'objet des pratiques des ergothérapeutes. C'est toujours le but de l'atelier geste professionnel qui est mobilisé mais, ici, davantage dans son rapport avec l'exercice habituel du métier notable à l'emploi du pronom indéfini « on » laissant en suspens la question de l'auteur. L'insistance de la relance du chercheur sur « là à ce moment-là » §8 tend à provoquer pour Claire un retour vers sa propre activité pour en faire un instrument d'analyse du rapport entre ce qu'elle se voit faire « là » à la vidéo et ce qu'elle cherche à faire durant l'atelier geste professionnel. Cette nouvelle réorganisation du dialogue n'est pas sans poser souci à Claire qui se retrouve confronté à quelque chose de difficile à dire remarquable au travers de ses nombreuses hésitations au tour de parole §11 et à la question qu'elle semble s'auto adresser⁷⁶ : « qu'est ce qu'on entraîne ? » §11. Préciser le terme d'entraînement se révèle difficile et provoque donc l'introduction par Claire du terme de « réentraînement » §11 comme référence à ce qui n'est pas fait. La transformation de « phase d'entraînement » à « entraînement » puis l'apparition du terme de « réentraînement » marque la différenciation instruite par les ergothérapeutes entre le travail de Claire et une histoire vécue, entre elles, de l'atelier geste professionnel. Nous interprétons cela comme une tentative de précision et de déliaison entre le travail de Claire visible à la vidéo et une histoire partagée par les deux ergothérapeutes ne souhaitant pas, à l'origine du dispositif, faire de l'atelier geste professionnel un atelier de réentraînement.

⁷⁶ C'est ce que semble confirmer l'orientation de son regard à ce moment là ni franchement dirigé vers le chercheur et pas du tout vers sa collègue.

Dans un second temps (§19 à §38), Claire mobilise le couple de concepts rééducation/réadaptation⁷⁷ pour tenter de dépasser cet obstacle. Ces concepts sont relativement usuels dans le monde des ergothérapeutes et permettent la distinction du type d'action à mobiliser auprès d'un patient soit de type rééducative centrée sur l'organisme soit de type réadaptative centrée sur la réalisation des tâches. Ces concepts, comme instruments techniques et moyens d'agir au quotidien, deviennent alors une ressource lors de l'autoconfrontation pour penser l'entraînement mais aussi le réentraînement. Les ergothérapeutes tentent de trouver une place au terme d'entraînement au sein de l'une ou l'autre des catégories de ce couple de concepts. Cette mobilisation permet d'initier une nouvelle distinction entre le terme d'entraînement, qui essaie de recouvrir ce que tente de faire Claire et Marie, et le terme de réentraînement correspondant davantage à ce qui est attendu lors d'une mise en situation professionnelle dans un programme de restauration fonctionnelle.

Mais c'est davantage dans son opposition avec le terme de réentraînement (que demandait le Dr B.) que le terme d'entraînement retrouve du sens et qu'il tente d'être cerné dans un troisième temps (§39 à §53). La proposition du chercheur de décrire ce qui est fait par Claire durant cet atelier geste professionnel comme « de la rééducation mais [...] pas du réentraînement » §38 trouve suffisamment de justesse chez Marie (« ça c'est juste » §41) pour qu'elle fasse le lien avec l'histoire de l'atelier geste professionnel : « parce que regarde au début finalement ce qui était demandé c'était justement du réentraînement au geste professionnel » §41. Elle mobilise d'abord cette histoire partagée avec Claire comme une ressource argumentative envers sa collègue, le « regarde » de Marie est exclusivement adressé à Claire, son regard explicitement orienté vers elle. C'est ce qui permet au dialogue de se réorganiser autour, non pas de la tâche, mais de cette tâche « qui était demandée », donc adressée aux ergothérapeutes. Mais Marie se retrouve comme bloquée du côté de quelque chose de difficile à dire remarquable aux tournures non abouties de ses phrases : « On ne peut. Enfin. » §43, « il n'y a pas que ça, ouai voilà. » §45, « Y a pas que. » §47. C'est alors qu'elle fait la redécouverte d'un sentiment éprouvé et partagé avec sa collègue : « ça nous dérangeait » §47. La difficulté ne s'organise non plus entre les buts et les outils mobilisables par les ergothérapeutes mais sur le rapport entre ces buts et une histoire partagée entre Claire et Marie.

C'est le recours aux différents discours rapportés qui permet alors une plus grande différenciation entre le but affiché par l'institution d'améliorer les capacités physiologiques (réentraînement) qui relève du travail prescrit dans une tâche de mise en situation professionnelle ; et ce qui relève d'un but reformulé entre Claire et Marie pour tenter de s'accommoder du réel de leur travail avec les patients durant un atelier geste professionnel. C'est dans un mouvement de liaison entre ces deux buts que le métier tend à achopper créant une tension non totalement résolue. La séquence se clôture (§54 à §75) par une tentative de définition positive du terme d'entraînement même s'il est difficile à

⁷⁷ La rééducation est définie comme l'ensemble des « techniques qui visent à aider l'individu à réduire les déficiences et les incapacités d'un patient » et la réadaptation comme « l'ensemble de moyens mis en œuvre pour aider le patient à s'adapter à ces incapacités lorsqu'elles deviennent stabilisées et persistantes » (Cofemer, 2007).

détacher du terme de réentraînement. C'est l'intervenant/chercheur qui propose comme définition un « faire différemment » §70 validé par Claire.

Ces différentes transformations de l'objet de discours, de phase d'entraînement en réentraînement en passant par les concepts de rééducation et réadaptation, nous renseignent finalement sur le dilemme de métier des ergothérapeutes en l'organisant autour du changement comme objet de débat. Dans cet extrait, le terme d'entraînement comme objet de discours est repris sous l'angle de ce qui le rapproche tout en le distinguant du réentraînement. L'objet du débat est bien le changement, celui visé pour le patient (« pour que ça change pour eux »⁷⁸), qui réunit les deux termes mais en même temps les distingue en deux visions différentes. D'un côté, le réentraînement est perçu comme un regain de capacité physique permettant au patient de se confronter à nouveau à ses activités quotidiennes dont le travail fait partie. D'un autre côté, l'entraînement, tel que construit ici par Claire et Marie, engage, en plus, l'apprentissage d'un « faire différemment » pour éviter au patient d'être soumis aux mêmes contraintes gestuelles qu'antérieurement. Le dilemme émerge de la confrontation entre un but prescrit aux ergothérapeutes et un but reformulé par Claire et Marie : **réentraîner des capacités physiques ou entraîner à un nouveau geste professionnel.**

Comme son nom l'indique, l'atelier geste professionnel prend pour objet le geste du patient au travail, mais viser l'apprentissage d'un geste « différent » dans un double souci de préservation de la santé et de performance au travail n'est pas sans poser certaines difficultés. C'est ce que nous allons voir dans l'autoconfrontation suivante.

⁷⁸ §53 de l'extrait d'autoconfrontation croisée présenté juste après.

2.2. Analyse du second extrait d'autoconfrontation croisée : « le poing serré »

Ce second extrait est tiré d'une autoconfrontation croisée ciblée sur le travail de Marie durant un atelier geste professionnel. L'ensemble de l'autoconfrontation s'est déroulée en trois séances d'environ une 1h chacune en novembre 2015. La séquence présentée intervient au tout début de la seconde séance ; elle est découpée en deux parties de 5 et 6 minutes.

Les protagonistes de l'autoconfrontation :

- Marie, Ergothérapeute dont est visionnée la séquence de travail.
- Claire, Collègue ergothérapeute de Marie lors des ateliers geste professionnel.
- Intervenant/chercheur.

2.2.1. L'extrait du dialogue

Le film, servant de support à l'autoconfrontation croisée, montre le travail ordinaire de Marie avec une patiente travaillant dans une usine de cartonnage. La séquence se déroule lors du second atelier geste professionnel de la prise en charge de cette patiente dans le programme STMS. Celle-ci n'a pas souhaité être filmée, ce qui nous a obligés à réaliser un cadrage plus serré sur Marie ne laissant que les mains de la patiente apparentes (cf. Figure 25). Cette patiente n'exprime pas de plainte vis-à-vis de son travail où elle se sent « bien », elle ne fait aucun lien direct entre son travail et son problème au niveau des membres supérieurs. Sa tâche dans l'usine consiste à positionner des plaques de tailles variables dans une machine en exerçant une force constante sur une butée. Un système de rouleau entraîne alors la plaque sur la gauche pour usinage. Marie n'a pas encore effectué la visite en entreprise, c'est pourquoi elle demande des précisions afin de mieux comprendre les exigences du poste et d'évaluer où se situe le « problème ».



Figure 25. Cadrage de Marie et d'une patiente ne souhaitant pas être filmée.

Pour comprendre l'origine des échanges de cette autoconfrontation, il nous faut apporter une précision. Le visionnage d'une séquence précédente, mettant en scène Claire avec une autre patiente du même groupe STMS, s'est révélé « interminable ». La vidéo montrait une patiente n'ayant de cesse d'apporter des précisions sur l'installation de son poste de travail : « mais là ce n'est pas tout à fait comme ça », « on a oublié »... Claire lui demandait de se mettre en mouvement dans cette simulation imparfaite sans y parvenir du fait des précisions infinies apportées par la patiente. Le visionnage même de la séquence confrontait à nouveau Claire à la difficulté de passer à autre chose qu'à la simple description du poste de travail.

L'extrait présenté ici débute par Claire faisant remarquer à Marie que c'est elle qui demande beaucoup de précisions sur le travail de la patiente.

1. Claire. [arrête la vidéo] *Ce que j'ai remarqué c'est que des fois tu demandais vachement de détails sur comment ils faisaient. Aujourd'hui.*
2. Marie. *Ah aujourd'hui j'ai fait ça aussi.*
3. Claire. *Ouais.*
4. Marie. *Ah ouais. C'est-à-dire tu as une question pour ça?*
5. Claire. *Non, je sais pas.*
6. Marie. *(rires)*
7. Claire. *Non je, moi je, je euh*
8. Marie. *T'étais, t'étais...*
9. Claire. *Dans les gran:ds*
10. Marie. *Les grandes lignes.*
11. Claire. *Les grandes lignes.*
12. Marie. *Ouais.*
13. Claire. *Toi t'aime bien savoir les petits détails. [relance la vidéo]*
14. Marie. *Ouais, je suis. Je suis une emmerdeuse.*
15. Claire. *(rires) /--/*
16. Marie. [arrête la vidéo] *En fait j'ai l'impression que je cherche la petite bête pour savoir où ça peut poser problème.*
17. Claire. *Ah oui d'accord. m, m, m.*
18. Marie. *Ce qui fait que ça va, ça, qu'il y a... que ça merde quoi. Tu vois. Qu'il y a un truc qui, qui déconne.*
19. Claire. *Alors que moi je suis peut-être dans, bon on n'a qu'une demi-heure et on y va.*
20. Marie. *Je sais pas.*
21. Claire. *Sais pas. [relance la vidéo]*
22. Intervenant/chercheur. *Ce serait en fait.*
23. Claire. [arrête la vidéo]
24. Intervenant/chercheur. *Eu:h, le petit détail c'est pour savoir euh là où il y aurait un problème. Donc, alors que toi Claire, on a les grandes lignes et on voit ce que ça produit, allez y bougez quoi.*
25. Claire. *m [inaudible]*
26. Marie. *Mais tu dis ça par rapport, peut-être plus par rapport quand on s'explique, l'explication quand on est dans, dans les, dans le développement de l'activité ou même là ?*
27. Claire. *Ouais mais, tu vois quand l'autre dame elle explique et tout dans l'autre, il y en a ras le bol d'avoir les petits détails comme on disait euh, est ce que ça t'apporte quelque chose ? Non. Et là, toi tu vas lui demander. Tu lui demandes de raconter des petits détails.*
28. Marie. *Ouais, ouais, ouais. Alors...*
29. Claire. *Où c'est parce que tu es intéressée par le travail qu'elle fait.*
30. Marie. *Non, mais je pense que eu:h*
31. Claire. *C'est bien ce qu'il me semblait t'es pas intéressée (rires)*
32. Marie. *Si si, c'est plus parce que j'ai l'impression. Enfin là, tu vois en me réécoutant, je me suis, je me suis, je, je eu:h. Je me remettais dans la mém. Enfin, je me remettais en mémoire ce que j'avais pensé à ce, ce que je pensais à ce moment-là en fait. Et je me disais, il faut absolument que je l'aide à quelque chose. Hein.*

33. Claire. Ah oui d'accord. Ouais.
34. Marie. Donc il faut que je cher. Je trouve la petite heu truc pour je puisse à, aider à, à un endroit.
35. Intervenant/chercheur. Je ne comprends pas.
36. Marie. Parce que j'avais l'impression que tout allait bien. Enfin que tout.
37. Claire. Il faut que je serve à quelque chose en tant qu'ergothérapeute.
38. Marie. Ouais.
39. Intervenant/chercheur. Donc tu peux l'aider que quand il y a quelque chose qui va mal.
40. Claire. Ben oui.
41. Marie. Ben, c'est que quand il y a quelque chose oui qui pose difficulté. Qui, qui fait que eu::h. Oui, il y a un petit rouage dans, dans.
42. Claire. Oui.
43. Marie. Ouais ça te parle ça dans la, la tâche.
44. Claire. Ca me parle. C'est ce que tu as dit aussi ce matin.
45. Marie. Ouais.
46. Claire. Ouais.
47. Intervenant/chercheur. Donc tu cherches des problèmes en fait?
48. Claire. Ouais.
49. Marie. Je cherche là où il y a le problème. Qu'est ce qui fait que, enfin tu vois quoi.
50. Intervenant/chercheur. Tu ne cherches pas ce qu'ils font alors.
51. Claire. Non. /- / Pas aujourd'hui. (rires)
52. Claire, Marie et Intervenant/chercheur. (rires)
53. Marie. Pas aujourd'hui. On cherche ce qu'ils font mais faut quand. Là, pour moi l'idée de l'atelier geste professionnel c'est d'apporter aussi u:n, quelque chose pour que ç:a change pour eux. Pour qu'il y ait moins de difficultés.
54. Intervenant/chercheur Ouais, mais s'il n'y a pas de problèmes?
55. Claire. Oui mais elle, elle n'a pas de problème.
56. Marie. Oui. Ce n'est pas normal (rires).
57. Claire. C'est inadmissible.
58. Marie. Il y a forcément un problème si elle est là en rééducation (rires)
59. Claire. (rires)
60. Intervenant/chercheur. Si elle est en rééducation c'est qu'il y a un problème. C'est quoi un problème?
61. Marie. Ouais, je me souviens en fait, du coup je cherchais la petite bête sur sa façon de prendre le truc. Parce qu'elle me disait qu'elle avait mal. Elle s'était fait opérer du canal carpien cette dame-là. Et du coup par rapport à la position de ses mains. En fait, elle dit que globalement sa tâche ça va. Il n'y a pas de problème.
62. Claire. m.
63. Marie. Mais, moi je ne comprends pas pourquoi on peut dire ça alors que du coup. Après j'ai l'idée qu'elle avait dit quand elle avait expliqué que son travail c'était quand même difficile par rapport à, par rapport au fait qu'elle avait eu sa chirurgie si tu veux. Tu vois.
64. Claire. m,m.
65. Marie. Et, et que je vois. Enfin dans l'ensemble, dans son acte /- / dans son geste par rapport à la position de ses mains enfin elle était quand même en hyper extension au niveau du poignet. Donc voilà, je, je.
66. Claire. C'est...
67. Marie. Je trouvais que il y avait une discordance un peu entre ce qui.
68. Claire. Ouais mais je pense qu'elle était tellement contente.
69. Marie. Ah oui.
70. Claire. De refaire.
71. Marie. Son geste.
72. Claire. Même si c'était un pseudo geste professionnel. Qu'en fait tout allait bien.
73. Marie. Ouais mais ça c'est.
74. Claire. C'est pas normal.
75. Marie. Ben je sais pas (rires) Ca me questionne.

Extrait 9. Autoconfrontation croisée entre Claire et Marie : « le poing serré », partie 1

Le visionnage de la séquence de travail et les échantent se poursuivent autour de la question de la recherche du problème justifiant la venue de la patiente en rééducation. Marie s'intéresse à la façon de faire de la patiente pour

tenir la pièce à usiner. Elle évalue ces positions comme contraignantes du fait de l'hyper-extension des poignets. Elle demande aussi des précisions sur les pièces manipulées afin de déterminer si des alternances de prises différentes sont envisageables. Marie tente de cerner le « problème » afin de savoir quelle « solution » elle pourrait proposer. Afin d'expérimenter la contrainte, Marie se met à la place de la patiente et s'essaie à la mise en situation. Après de multiples essais et alternances de positions avec la patiente, Marie commence à lui expliquer pourquoi c'est traumatisant pour le poignet d'être maintenu en hyper-extension.

76. Claire. [arrête la vidéo] Transmission de savoir. [relance la vidéo]
77. Intervenant/chercheur. Tu es d'accord avec ça ou pas Claire toi.
78. Claire. m.
79. Intervenant/chercheur. Elle explique bien Marie?
80. Claire. Elle a toujours heu, elle a des poignets fins donc euh.
81. Marie. (rires)
82. Claire. Ils ne sont pas assez fort tu vois entre heu. Voilà Marie elle va plutôt montrer comme ça.
83. Intervenant/chercheur. C'est-à-dire (rires) ?
84. Marie. [arrête la vidéo]
85. Intervenant/chercheur. C'est-à-dire?
86. Claire. Non mais c'est des conneries.
87. Claire, Marie et Intervenant/chercheur. (rires)
88. Intervenant/chercheur. Mais il faut être comme ça, il faut être en euh en position de plutôt pas de repos mais euh.
89. Claire. Si c'est ça.
90. Intervenant/chercheur. Un peu en extension.
91. Marie. En fonction.
92. Claire. En fonction c'est ça.
93. Intervenant/chercheur. Mais vous ne faites pas pareil toutes les deux.
94. Claire. Pas travailler comme ça.
95. Intervenant/chercheur. Ah (rires)
96. Claire. Parce que Marie elle, elle penche sur le côté Marie.
97. Marie. Ahh. Mais Marie elle a, elle est laxé.
98. Claire. Marie elle est laxé. Claire elle est raide.
99. Intervenant/chercheur. Mais tu avais les doigts surtout qui étaient tendus.
100. Claire. Ah oui.
101. Intervenant/chercheur. Marie elle avait heu les mains comme ça.
102. Marie. Ah oui.
103. Claire. J'avais les doigts comme ça moi !
104. Intervenant/chercheur. Ouais. Ouais.
105. Claire. Mais ce n'est pas ça, c'est ça.
106. Intervenant/chercheur. C'est ça. Et t'a le pouce qui est plus.
107. Claire. Normalement tu dois pouvoir faire ça.
108. Marie. Le pouce un peu en opposition.
109. Claire. Quand tu écris, tu es en position de fonction.
110. Intervenant/chercheur. Faites. Comparer les deux.
111. Claire. Faut pas poser comme ça. C'est comme ça. C'est un peu.
112. Intervenant/chercheur. Non mais fais, fais Claire.
113. Claire. Mince, il va nous faire embêter même sur ça.
114. Marie. (rires) Parce que tu veux le montrer à quelqu'un.
115. Intervenant/chercheur. Non c'est pour voir.
116. [Les deux mettent une de leur main en position de fonction proche l'une de l'autre et regardent, cf. Figure 27]
117. Marie. Mais tu sais que chacun a sa position de fonction. [s'adressant à l'intervenant/chercheur]
118. Claire. On est unique.
119. Marie. Parce qu'on est tous différents. On est unique.

120. *Intervenant/chercheur. Dans le coup, en effet c'est pas la même chose dans le coup. C'est un modèle que vous présentez.*
121. *Marie. Oui.*
122. *Claire. C'est de la théorie.*
123. *Marie. C'est une théorie. Ouais.*
124. *Claire. Des principes.*
125. *Intervenant/chercheur. Du coup c'est là où la personne est à l'aise ou c'est là où il y a moins de tension.*
126. *Marie. Ah non, non, il y a quand même un peu d'extension de poignet. Il faut qu'il y ait un peu d'extension de poignet, un peu d'opposition du pouce, les doigts relâchés, donc quand les doigts sont relâchés ils rentrent...*
127. *Claire. Tu ne peux pas être comme ça.*
128. *Marie. ...à l'intérieur. Parce que les muscles fléchisseurs sont plus forts que les muscles extenseurs. C'est bon, ça te va.*
129. *Claire. Elle fait des cours d'anatomie.*
130. *Marie. (rires)*
131. *Intervenant/chercheur. C'est ce que tu essayes de lui faire passer à ce moment-là dans le coup.*
132. *Marie. Oui.*
133. *Claire. Je pense qu'elle devait réviser le poignet à ce moment là parce que ça [inaudible]*
134. *Marie. (rires)*
135. *Claire. [relance la vidéo]*
136. */---/*
137. *Marie. C'est vrai que du coup il y aurait peut-être possibilité d'une adaptation. Ah bah je l'ai dit regarde.*
138. */-/*
139. *Intervenant/chercheur. C'est dans cette idée là ce que tu évoquais tout à l'heure [Claire arrête la vidéo] toi Claire.*
140. *Marie. Un truc dans la main.*
141. *Intervenant/chercheur. Un truc dans les mains.*
142. *Claire. Une force, un truc comme ça qui.*
143. *Intervenant/chercheur. Et pourquoi tout à l'heure tu parlais aussi de l'idéal ce serait, l'idéal ce serait d'avoir les poings serrés et puis de pousser.*
144. *Marie. Bah pas forcément serré. Ce n'est pas ça que je voulais dire. C'était plus eu::h pour pas être dans un mouvement comme ça. Ce serait d'être comme ça quoi. C'est vrai que je le dis poing serré parce que du coup heu c'est heu. Mais ça ne serait pas bien poing serré.*
145. *Intervenant/chercheur. C'est penser à pousser la pièce avec le poing.*
146. *Marie. Parce que du coup, du coup ce serait contraignant d'être de devoir tenir comme ça.*
147. *Claire. Ce serait contraignant là mais ce serait contraignant aussi au niveau...*
148. *Marie. Oui,oui.*
149. *Claire. ...des épaules. En fait, le problème il remonterait aussi dans le bras.*
150. *Intervenant/chercheur. Pourquoi, c'est plus contraignant d'avoir le poing comme ça et de pousser que d'avoir, d'être avec le poing comme ça, par rapport à l'épaule.*
151. *Marie. Non ça l'est moins.*
152. *Claire. Hmm. Parce que si tu fais ça le mouvement il part d'ici. Il ne part pas de la main. Si tu fais ça, le mouvement il part aussi de la main. [Claire appui son explication d'un geste de préhension de l'ordinateur portable devant elle]*
153. *Intervenant/chercheur. Donc tu répartis la contrainte sur euh.*
154. *Claire. Pour moi oui.*
155. *Marie. Tu répartis la contrainte. Je n'ai pas compris.*
156. *Claire. Si tu fais ça.*
157. *Marie. Tu répartis.*
158. *Claire. Le mouvement il part euh*
159. *Marie. Tu répartis plus la contrainte.*
160. *Claire. Voilà.*
161. *Marie. Non.*
162. *Claire. Bah pas moi.*
163. *Marie. Ah ouais.*
164. *Claire. Eh on n'est pas toujours d'accord sur l'anatomie. Alors que si je fais ça, j'ai la force de ma préhension, qui m'aide.*
165. *Marie. Non mais.*
166. *Claire. C'est pas que mon bras.*
167. *Marie. Mais tu peux avoir la force de ton objet. Tu as le poids de ton objet qui va poser problème.*

168. Claire. Mais là, fais ça.
169. Marie. Bah après c'est, après c'est le fait, enfin moi je trouve que ton mouvement il euh. Ouais, il faudrait le tester hein mais [Marie teste différentes préhensions d'un ordinateur portable]. J'ai l'impression moi de travailler et d'être plus heu plus en contrainte quand je tiens.
170. Claire. Pour moi c'est plus difficile de faire ça.
171. Marie. Après faudrait vraiment réviser. Faudrait vraiment réviser.
172. Intervenant/chercheur. Donc il y aurait vraiment une subtilité là euh.
173. Claire. C'est pour ça aussi que c'est bien qu'on soit à deux. Parce qu'on n'est pas toujours d'accord. Et tant mieux.
174. Marie. (rires)
175. Intervenant/chercheur. (rires) Merci Claire.
176. Claire. Mais heu juste parce que ça permet à la personne de trouver un chemin que eu:h l'une amène que l'autre amène enfin voilà. Et que euh ce n'est pas un seul chemin pour elle.
177. Marie. Oui mais après la biomécanique c'est de la biomécanique. C'est-à-dire que tu vois ce que je veux dire. Qu'elle, qu'elle, si vrai
178. Claire. Oui mais enfin la biomécanique quand tu sors de la voiture, tu dois sortir euh comme ça de la voiture.
179. Marie. Non. Ce n'est pas de la biomécanique qui dit ça.
180. Claire. Bah quand.
181. Marie. Non, c'est des kinésithérapeutes eu::h.
182. Claire. Tu couperas.
183. Marie. (rires)
184. Claire. Non mais je suis d'accord mais voilà tu vois, c'est, c'est.
185. Marie. Parce que après ça dépend de la théorie qu'on a. Soit la théorie du global ou si t'es de la théorie euh analytique.
186. Claire. Oui.
187. Marie. Enfin je ne sais pas si on le dit comme ça. Mais euh.
188. Claire. Mais toi tu es dans la physali, prophyc.
189. Marie. Prophylaxie.
190. Claire. Prophylaxie.
191. Marie. Prophycsalie (rires)
192. Claire. C'est un mot que je n'utilise pas du tout.
193. Marie. Non.
194. Intervenant/chercheur. Mais, moi ce que j'ai l'impression c'est que quand vous parlez de biomécanique, c'est-à-dire que les contraintes sont tellement complexes que finalement la bioméca c'est un bel exemple théorique et cætera mais même là vous avez du mal à vous mettre d'accord.
195. Marie. Ouais.
196. Claire. m.
197. Intervenant/chercheur. Donc finalement c'est plutôt, l'enjeu c'est proposer à la personne des choses différentes pour qu'elle expérimente finalement.
198. Marie. Ouais.
199. Claire. Ouais.
200. Intervenant/chercheur. Parce que la bioméca en fait réelle, le réel de la contrainte dans.
201. Claire. Eh bien tu ne ferais plus rien dans ta vie. Non mais c'est vrai quand tu as les médecins du travail, ou les kinés euh libéraux et euh ici qui disent faut pas faire ci faut pas faire ça. Bah t'es là mince comment je fais. Comment la personne va faire pour faire son activité professionnelle ?
202. Marie. Surtout que dans ce qu'on propose comme faire ce n'est pas tellement facile.
203. Claire. Non on t'interdit mais on ne trouve pas d'autre solution.
204. Marie. Bah si t'en trouve, je trouve moi. Mais du coup qui sont pas tellement réaliste des fois.
205. Claire. Bah oui.
206. Marie. C'est-à-dire que euh.
207. Intervenant/chercheur. Ton histoire de poing.
208. Marie. Voilà c'est ça.

Extrait 10. Autoconfrontation croisée entre Claire et Marie : « le poing serré », partie 2

2.2.2. La construction et la transformation d'un objet de discours « la position de fonction »

Marie revit durant cette autoconfrontation croisée la difficulté de prendre en charge une patiente « sans problème ». La patiente est bel et bien présente en centre de rééducation et devrait donc en avoir un. Or dans cet atelier elle n'a ni plainte, ni réelle difficulté observée. La difficulté vécue par Marie, dans son activité auprès de cette patiente, est reprise dans le cadre de l'autoconfrontation croisée pour devenir un objet d'analyse avec sa collègue et l'intervenant/chercheur comme nouveaux destinataires potentiels. Le développement du dialogue permet aux ergothérapeutes de dégager l'aide qu'elles doivent apporter au patient comme un but essentiel de leur métier.

L'intervenant/chercheur incite ensuite les ergothérapeutes à s'intéresser au rapport entre une position de fonction théorique et des réalisations pratiques multiples. La difficulté éprouvée par les ergothérapeutes d'organiser le rapport entre ces deux dimensions leur permet de reprendre la question de l'aide à apporter au patient. Elles distinguent alors la recherche de solutions de type biomécaniques d'une aide portant davantage sur la transformation du quotidien des patients.

a. Analyse de la première partie du dialogue : pas de difficulté pour le patient, quelle utilité pour l'ergothérapeute ?

L'échange s'engage sur une simple remarque de Claire sur le travail de Marie : « *ce que j'ai remarqué, c'est que des fois tu demandais vachement de détails sur comment ils [les patients] faisaient* » §1. En utilisant le pseudo clivage « ce que », Claire introduit comme objet de discours potentiel la demande de détails sur le travail du patient. D'abord dirigée vers sa collègue en lui demandant « tu as une question pour ça? » §4, la pensée de Marie se retourne ensuite vers elle-même. Claire relance la vidéo mais Marie poursuit par une première tentative d'explication « je suis une emmerdeuse » §14 avant de stopper la vidéo pour prolonger son propos. L'interrogation que suppose Marie, au travers des propos de Claire, amorce la constitution de « la recherche du détail » comme objet de discours, mais il est difficile de savoir s'il est médiatisé par les autres ergothérapeutes (« emmerdeuse » par rapport aux collègues) ou par les patients (« emmerdeuse » pour les patients).

Une deuxième tentative d'interprétation marquée par la préposition « pour » indique la partition de l'objet du discours (Sitri, 2003, p. 161) l'aidant à se préciser : « je cherche la petite bête *pour* savoir où ça peut poser problème » §17. Le quoi et à qui « ça peut poser problème » demeure encore obscur comme le dénotent les hésitations qui suivent : « ça, qu'il y a... que ça merde quoi. Qu'il y a un truc qui déconne » §18.

Pour aller plus loin, on note chez Marie la convocation d'un autre contexte : « *tu dis ça par rapport quand on s'explique* » §26 (lors de la séance collective où chaque patient décrit son activité professionnelle). Claire propose aussi sa propre explication en référence à une autre autoconfrontation croisée : « *tu vois quand l'autre dame elle explique et tout* » §27. Tout ceci semble provoquer un retour sur « ce moment-là » §32 et un nouveau développement du discours, « il faut absolument que je l'aide à quelque chose » §32. L'objet du travail des ergothérapeutes semble se

préciser du côté de « l'aide » permettant sa reprise comme objet de discours, ce que vient étayer Claire du côté du métier « Il faut bien que je serve à quelque chose en tant qu'ergothérapeute » §37.

Un dernier développement modifiant le destinataire de « la recherche du détail » permet à Marie de proposer une nouvelle formulation: « c'est d'apporter aussi un, quelque chose pour que ça change *pour* eux. *Pour* qu'il y ait moins de difficultés » §53. L'objet du discours porte ici sur l'aide apportée dans la perspective du patient (« pour eux » §53). En l'occurrence, durant l'atelier geste professionnel, la patiente n'évoque aucune difficulté liée à son travail, d'où un problème non pas pour elle mais pour l'ergothérapeute. Marie se retrouve donc face à une incompréhension « je ne comprends pas pourquoi on peut dire ça » §63 sous-entendu sinon *comment je peux l'aider*. Autrement dit, la patiente sans plainte et sans difficulté dans la production de son geste empêche Marie de faire son travail.

Marie convoque alors, au cours de l'autoconfrontation, un nouvel élément non pas issu de l'observation immédiate mais « une idée qu'elle [la patiente] m'avait dit quand elle avait expliqué son travail » §63. Cette patiente avait évoqué vaguement des difficultés dont la source provenait, pour elle, d'une pathologie au niveau des poignets opérés par le passé (canaux carpiens). La résurgence de cet élément devient source de réflexion pour Marie, source qu'elle transforme en ressource pour penser le « problème » en la transportant du terrain de la plainte vis-à-vis d'une tâche à celui de la « contrainte » d'un geste. C'est ce qu'indique la partition progressive de l'objet de discours par emboîtement selon un lien sémantique de spécification (Sitri, 2003, p. 151) : « dans l'ensemble, dans son acte, /-/ dans son geste » §65. Le nouvel objet du discours est à la fois précisé (le geste), mais aussi relié dans un mécanisme d'inclusion progressive (Ibid., p. 182) aux ensembles dont il fait partie. Ce déplacement de l'objet du discours ne règle pas mais déplace un peu les enjeux du problème. Il ne s'agit plus de comprendre pourquoi la patiente est en rééducation alors qu'elle n'a pas de plainte à son travail. La question devient de savoir pourquoi, avec le poignet en hyper-extension, la patiente n'a pas de plainte sur l'instant. Comme le dit Marie « ça me questionne » §75. A ce point, il est cependant difficile d'affirmer définitivement si le déictique *ça* renvoie à la question du rapport de la patiente à son travail ou à celui de la position du poignet à la plainte (en l'occurrence de son absence de plainte).

La remarque de Claire sur la recherche du détail de sa collègue initie l'apparition du « problème » que cherchent à résoudre les ergothérapeutes comme objet de discours. En prenant le « problème » comme objet, le développement du discours ne participe pas à sa résolution mais sert davantage à le définir. Par un mécanisme de partition successif, l'objet se modifie dans le cours des échanges pour revêtir un double aspect « d'aider à quelque chose » et « que ça change quelque chose pour eux ». Cette double face du « problème » renvoie à des considérations bien différentes selon qu'il s'agisse d'un problème pour le patient ou pour l'ergothérapeute. A la fin de cette séquence l'objet du discours se déplace du côté d'un problème pour Marie : « je trouvais qu'il y avait discordance » §67. Le « problème », repris comme une « discordance » du point de vue de l'ergothérapeute, permet à Marie « d'aider à quelque chose », ce quelque chose se décale légèrement du côté des contraintes biomécaniques au niveau du poignet qu'il faut soulager. Sur ce point, le discours de Marie anticipe son action visible dans la vidéo où elle peut, *enfin*,

conseiller à la patiente de respecter les positions de fonction en lui proposant différentes manières de pousser ses pièces.

b. Analyse de la seconde partie du dialogue : un problème pour l'ergothérapeute, quelle utilité pour le patient ?

Cette seconde partie de l'extrait débute par le visionnage d'une séquence où Marie explique, toujours à la même patiente dans un atelier geste professionnel, la position de fonction de la main. Mais il s'agit d'une position de fonction un peu particulière car elle est effectuée par Marie poing fermé (Figure 26, à gauche). La position de fonction théorique de la main se situe avec une légère extension de poignet de 30 à 45°, les doigts longs (2 à 5) fléchis et alignés, le pouce en rotation pour pouvoir venir en opposition (Figure 26, au centre). A la différence de la position de repos (Figure 26, à droite) où le poignet est en moindre extension (10 à 20°), les doigts longs en flexion avec davantage de flexion en allant vers le 5ème. Le pouce est lui en extension abduction et en dehors du trajet des doigts longs.

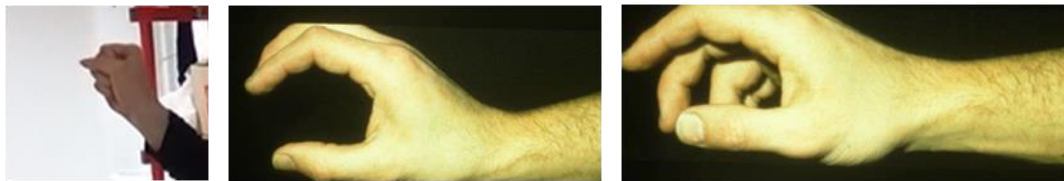


Figure 26. Position de fonction et position de repos de la main.

Claire introduit le thème de la « transmission de savoir » §76 sur un ton qu'on pourrait plutôt qualifier d'admiratif quand elle informe l'intervenant/chercheur que Marie « fait des cours d'anatomie » §129. Cette thématization est proposée de manière originale, Claire se sert d'un arrêt et d'une reprise de la vidéo comme d'une ressource technique pour encadrer son intervention verbale. La tentative d'instauration d'un objet de discours autour de l'enseignement « elle explique bien Marie ? » est reprise sous la forme de boutade ; c'est davantage le terme de position de « repos » §88 utilisé par l'intervenant/chercheur qui est repris et transformé en « fonction » §91 et §92.



Figure 27. Comparaison de la position de fonction entre Claire et Marie

Durant cette partie (§76 à §135) s'engage un dialogue dont l'intervenant/chercheur demeure le principal destinataire : regards tournés vers lui, question sur le pourquoi des questions l'intervenant/chercheur « tu veux le montrer à

quelqu'un » §114, « ça te va » §128. L'explication est essentiellement théorique. C'est la différence de réalisation de la position de fonction entre les deux ergothérapeutes (« mais vous ne faites pas pareil toutes les deux » §93, Figure 27) qui oblige Marie à un coup de force (« tu sais que » §117) et introduit la question du sujet réalisant ce geste ouvrant ainsi la possibilité de réalisations multiples (« chacun a sa position de fonction » §117). En utilisant « on est unique » §118, Claire appuie le discours de sa collègue. Mais la formulation mêle le pronom indéfini *on*⁷⁹ et l'adjectif *unique* ; elle dévoile ainsi tout le paradoxe d'une position de fonction universelle que les ergothérapeutes tentent de décrire à l'intervenant/chercheur et les réalisations singulières de chacun. Cette réorganisation autour du sujet donne lieu à une transformation très rapide de l'objet de discours par l'introduction du thème « c'est de la théorie » §122, sa reprise avec une variation de la détermination « c'est une théorie » §123 puis une reprise paraphrastique devenant « des principes » §124. La variation de détermination (*la* → *une*) et la reprise paraphrastique (*théorie* → *principe*) produisent une altération en profondeur de l'objet de discours (Sitri, 2003, p. 139) pointant du doigt non plus la théorie comme entité unique mais comme un outil parmi d'autres d'analyse et d'orientation des actions des ergothérapeutes en direction de *principes*.

Ce début de séquence organise un dialogue entre les ergothérapeutes d'une part et l'intervenant/chercheur d'autre part. La position de fonction, comme « la » théorie, ne prête pas à débat et doit simplement être expliquée par les ergothérapeutes à un profane. La reproduction par Claire et Marie de cette position de fonction dans l'autoconfrontation même ouvre la possibilité d'une comparaison entre leurs deux réalisations. Les différences notées par l'intervenant/chercheur permettent une scission de la position de fonction comme objet de discours en sous-objet théorique et sous-objet de réalisations pratiques. Cette scission permet d'introduire les réalisations pratiques comme objet de discours potentiel et de repositionner la théorie sous forme de « principes » comme outil d'analyse et d'action comme nous allons le voir.

Un peu plus loin dans le dialogue, une intervention de l'intervenant/chercheur reprend et déplace l'objet du discours d'une question théorique (la position de fonction) vers son incarnation pratique en cours de rééducation. L'intervenant chercheur interpelle Marie sur une phrase qu'elle adresse à la patiente « l'idéal se serait d'avoir les poings serrés » §143, propos qui se retrouve dans son expression corporelle auprès de la patiente où on la voit mimer le fait de pousser les poings fermés. Pourtant, ce qu'elle a dit n'est pas ce qu'elle aurait voulu dire (« ce n'est pas ce que je voulais dire » §144), une certaine hésitation est notable tant au travers des « euh » employés, qu'au travers des jeux de regard non réellement attribués à sa collègue ou à l'intervenant/chercheur. Nous pouvons supposer l'existence d'un début de changement de destinataire de son activité d'analyse qui n'est plus tant adressée à l'intervenant/chercheur qu'à elle-même. D'une certaine manière, nous pouvons dire qu'elle explique son métier autant qu'elle s'explique avec lui.

⁷⁹ Dans le cas présent, *on* nous semble davantage être employé comme un pronom indéfini renvoyant à une certaine généralité que comme un pronom personnel remplaçant je (Claire) ou nous (Claire et Marie).

S'engage alors une variation des destinataires du dialogue. Claire tente de soutenir, envers l'intervenant/chercheur, le début d'explication de sa collègue sur pourquoi « ca ne serait pas bien poing serré » § 144 en l'accompagnant sur le plan de la contrainte : « ce serait contraignant là mais aussi ce serait contraignant aussi au niveau [...] des épaules » § 147 et 149. Mais ce qui devait être à nouveau une explication conjointe à destination de l'intervenant/chercheur se transforme en véritable dialogue entre les deux ergothérapeutes prenant pour objet l'incompréhension de Marie (« Tu répartis la contrainte, je n'ai pas compris » §155). Marie tente alors de comprendre l'explication de Claire en s'essayant à la préhension de l'ordinateur portable présent devant elles durant l'autoconfrontation. Le désaccord ne trouve pas d'issue entre elles, Claire tente alors d'en trouver une mais en se réadressant à nouveau à l'intervenant/chercheur ; son regard se porte à nouveau sur lui quand elle explique « on n'est pas toujours d'accord et tant mieux [...] ça permet à la personne de trouver un chemin que eu:h l'une amène, que l'autre amène *enfin voilà*. Et euh ce n'est pas un seul chemin pour elle » § 173 et 176.

La tentative de clôture du discours (« *enfin voilà* » §176) de Claire adressée à l'intervenant/chercheur possède l'effet inverse auprès de Marie qui, elle, n'entérine pas la fin du débat : « *Oui mais après* la biomécanique c'est de la biomécanique » § 177. L'emploi de « *oui mais après* » comme connecteur argumentatif (Sitri, 2003, p. 167) est un marqueur paradoxal d'enchaînement et de rupture signant la réorientation de l'objet de discours. Le thème de la biomécanique est relié aux analyses de réalisations concrètes de « principes » (le poing serré ou la préhension de l'ordinateur portable) tout en marquant une rupture avec « la théorie » (la biomécanique). Ce déplacement de l'objet de discours dans l'activité va remodeler le pôle « autrui ». L'objet du discours n'est plus médiatisé par l'autre ergothérapeute, le pôle « autrui » se reconfigure autour d'autres professions du domaine de la santé (« c'est pas la biomécanique qui dit ça. [...] c'est des kinésithérapeutes. » §179 et 181 ; « quand tu as les médecins du travail » § 201). Ce déplacement permet de redonner du volume à l'échange en en faisant une véritable question de métier.

D'instrument lors de l'atelier geste professionnel, la biomécanique prend la place d'objet de discours lors de l'autoconfrontation. C'est cette migration qui permet de révéler le véritable enjeu du débat. Positionnée comme instrument, la biomécanique acquiert une certaine efficacité en permettant d'être utile au patient en lui proposant un geste différent, respectueux des contraintes myo-articulaires ; comme le dit Marie « Je trouve moi » §204 sous-entendu des solutions. Repositionnée comme objet, la biomécanique permet de re-questionner le sens de l'activité, à savoir, comme nous l'avons vu précédemment, comment aider le patient à « quelque chose pour que ça change pour eux, pour qu'il y ait moins de difficultés » §53. L'efficacité de la proposition de Marie (« t'en trouves [des solutions] » § 204) est-elle pour autant efficace au regard du sens de son activité d'ergothérapeute (« mais du coup qui sont pas tellement réaliste des fois » § 204) ?

Etre ergothérapeute est donc un exercice périlleux, la voie est étroite sur la ligne de crête de « l'utilité » avec, d'un côté la nécessité de proposer des solutions respectant les canons de la théorie, et d'un autre côté un intérêt pour que son action aide le patient à changer quelque chose dans son quotidien.

2.2.3. Un second dilemme autour de l'utilité : analyser un problème biomécanique ou aider la personne pour qu'elle puisse réaliser son travail

Au travers de l'alternance du questionnement entre ce qui ressort du « problème » vécu par le patient et du « problème » de propositions biomécaniques pertinentes, nous découvrons l'objet réel du débat entre Claire et Marie. Chez tous les ergothérapeutes, l'utilité de leurs actions fait partie des débats de métier ; « aider les autres » est un déterminant central du sens qu'ils donnent à leur travail (Alnaser, 2009). Claire et Marie sont d'accord pour dire que leurs actions doivent apporter une plus-value au patient : « il faut absolument que je l'aide [le patient] à quelque chose » §32, « il faut que je serve à quelque chose en tant qu'ergothérapeute » §37. C'est donc en suivant les transformations des objets de discours, s'enroulant autour de ce qu'elles font des instances du métier pour agir sur le patient, que nous allons essayer de suivre la formalisation d'un nouveau dilemme de métier.

Une des techniques de Marie consiste à rechercher systématiquement le détail dans la description que le patient fait de son travail pour délimiter un problème. Claire est interpellée par cette recherche du détail de sa collègue d'autant plus qu'elle-même avait souligné, lors d'une autoconfrontation précédente, l'obstacle que pouvait représenter les précisions incessantes pour la réalisation de son travail d'ergothérapeute. La première partie du dialogue est la mise en question de ce que peut faire Marie quand son action est contrariée par une patiente dont elle n'arrive pas à définir le problème. L'observation de Claire devient donc une source d'interrogation pour Marie l'amenant à déporter l'objet de discours de ce qu'elle fait à ce qui se joue dans sa relation à autrui avec pour première hypothèse de passer pour une « emmerdeuse ». Pour ne pas rester cette « emmerdeuse » §14, elle pousse le dialogue vers la mise en question de cette « aide à quelque chose » §32 qu'il s'agit de fournir à un patient présent en centre de rééducation. Les suites du dialogue nous permettent de dire que les hésitations, marquées par les suspensions discursives, ne marquent pas tant l'absence de contenu de ce « quelque chose » que son trop plein qu'il s'agit de préciser. C'est dans cette tentative d'apporter des précisions à cette aide qu'elle souhaite apporter à autrui que Marie trouve des ressources pour renouveler la question des rapports entre son travail, les gestes et le travail des patients (« ça me questionne » §75). C'est donc autour de la précision de ce « quelque chose » que s'organise la seconde partie du dialogue entre Claire et Marie. La technique utilisée par Marie, consistant à transmettre ses connaissances en biomécanique aux patients, ouvre le dialogue sur la position de fonction. Cette position de fonction est décrite comme un absolu théorique servant de ressource à l'analyse gestuelle pour les ergothérapeutes. Cependant, cet absolu se heurte à un obstacle avec la possibilité de réalisations multiples qu'expérimentent, entre autre, Claire et Marie durant l'autoconfrontation. En retour, la possibilité de réalisations multiples sert de ressource pour préciser la notion de position de fonction. Les relances répétées du chercheur tentent d'orienter le dialogue entre les deux ergothérapeutes sur le rapport entre théorie et réalisation concrète. A plusieurs reprises il incite Claire et Marie à confronter leurs propres réalisations gestuelles, toujours légèrement différentes, et de s'expliquer : « mais vous ne faites pas pareil toutes les deux » §93, « faites, comparer les deux » §110. Les deux ergothérapeutes ont tendances à réorienter l'objet de discours vers les

aspects théoriques de la position de fonction jusqu'à ce que Marie, en s'adressant explicitement au chercheur, puisse préciser que « chacun a sa position de fonction » §117 repris par Claire sous la forme « on est unique » §119. Ces remarques semblent former une tentative de déliaison entre les réalisations concrètes et la théorie qui devient à son tour moins absolue et oscille entre « une théorie » §123 et « des principes » §124. Nous prenons, à ce moment-là, la tentative de conclusion de Marie (« c'est bon ça te va » §128) adressée au chercheur comme la marque d'un certain embarras non résolu dans cette tentative de réorganisation entre théorie et réalisations concrètes.

L'échange se poursuit, non plus sur une différence mais, sur un désaccord entre les deux ergothérapeutes portant sur l'analyse d'un problème biomécanique (§146 à §171), désaccord relayé par l'expérience éprouvée de la différence de contrainte ressentie lorsqu'elles tentent à tour de rôle de porter à bout de bras l'ordinateur portable présent devant elles lors de l'autoconfrontation. C'est alors que Claire tente de redonner une fonction à ce désaccord en lui offrant un nouveau destinataire. Le patient pourrait alors, selon elle, y trouver une ressource pour « trouver son chemin » §176. Ce faisant, elle repositionne le dialogue sur le rapport entre les techniques (ici le désaccord comme instrument potentiel) et les buts poursuivis durant l'atelier geste professionnel. C'est sur cette nouvelle organisation du dialogue autour du rapport entre les techniques et les buts que cette fin de séquence laisse entrevoir une inflexion très importante dans le discours des ergothérapeutes. Elles ne tentent plus de trouver des réponses, le discours laisse place, au contraire, aux doutes et aux questionnements : « comment la personne va faire pour faire son activité professionnelle ? » §201, « ce qu'on propose comme faire ce n'est pas tellement facile » §202, « t'en trouves [des solutions] mais du coup qui sont pas tellement réaliste des fois » §204.

Il semble probable que ce soit l'insistance du chercheur à vouloir organiser le dialogue sur le rapport entre théorie et réalisations concrètes qui pousse Claire et Marie à effectuer une distinction entre une position de fonction théorique, unique et respectant les principes de la biomécanique, et des réalisations concrètes multiples. Mais ce n'est pas tant cette distinction que les difficultés pour réarticuler ces deux aspects que l'analyse du dialogue tend à révéler. Et c'est la réintroduction des buts poursuivis pour le patient qui permet de relancer l'échange. La distinction introduite entre position de fonction théorique et position de fonction réalisée devient alors une ressource pour penser l'aide à « quelque chose » qu'elles doivent apporter. C'est au final, sur le rapport entre la dimension technique (position de fonction théorique et réalisée) et les buts poursuivis pour le patient (l'aide à apporter) que s'organise un nouveau dilemme de métier. Avec une meilleure distinction entre une aide portant sur le patient (« ce qu'on propose comme faire » §202) et une modification pour le patient (« comment la personne va faire pour faire son activité professionnelle ? » §201), il devient possible de formuler un dilemme mettant en tension un versant biologique et un versant social de la pratique du métier d'ergothérapeute confronté au travail du patient : **analyser un problème biomécanique ou aider la personne pour qu'elle puisse réaliser son travail**. Le dilemme n'est pas dans le fait que la proposition d'un nouveau geste, s'appuyant sur des bases biomécaniques, s'oppose au fait que le patient ne puisse pas en faire quelque chose pour son propre travail. Le dilemme est bien pour les ergothérapeutes de devoir choisir entre mener une analyse biomécanique du geste ou s'intéresser au travail du patient.

2.3. Analyse du troisième extrait d'autoconfrontation croisée : « ce n'est pas un cheval »

La troisième séquence analysée est tirée de la dernière autoconfrontation croisée réalisée avec Claire et Marie en mars 2016. Le film visionné durant l'autoconfrontation croisée porte toujours sur le travail de ces deux ergothérapeutes lors d'un atelier geste professionnel mais, contrairement aux films précédents, nous avons fait le choix d'un cadrage large qui englobait les deux ergothérapeutes. Ce choix a nécessité des adaptations lors des analyses en autoconfrontation croisée.

Dans un premier temps, nous avons donné la consigne aux ergothérapeutes d'effectuer un visionnage croisé du même film, Claire était invitée à regarder ce que faisait Marie et inversement. Le principal problème de cette méthode était que l'objet de l'attention, durant l'autoconfrontation, n'était pas le même pour chacune des deux ergothérapeutes, rendant difficile l'amorce du dialogue.

Dans un second temps, nous avons donc modifié la méthode pour la seconde partie de l'autoconfrontation. La même séquence était visionnée deux fois, expliquant la durée de 4h en tout de l'autoconfrontation croisée réalisée en 3 fois. Le premier visionnage portait exclusivement sur le travail de Claire et le second sur celui de Marie. L'extrait présenté se situe vers la fin de l'autoconfrontation croisée ; nous sommes ici dans le second visionnage se centrant sur le travail de Marie. La séquence dure un peu plus de 7 minutes.

Pour rappel, cette autoconfrontation croisée s'insère dans la seconde série de films et d'analyses en autoconfrontations réalisée à la demande de Claire et Marie pour « voir si c'était toujours aussi difficile » de réaliser des mises en situations professionnelles.

Les protagonistes de l'autoconfrontation :

- Marie, Ergothérapeute dont est visionnée la séquence de travail.
- Claire, collègue ergothérapeute de Marie lors des ateliers geste professionnel.
- Intervenant/chercheur.

Les protagonistes mentionnés :

- G., Un patient du groupe STMS dont le travail donne lieu à la mise en situation professionnelle commentée par les ergothérapeutes.
- J.L., Un autre patient du même groupe que G.
- L., Une autre patiente du même groupe que G.
- J.C., un patient d'un autre groupe STMS

2.3.1. L'extrait du dialogue

Le film visionné durant l'autoconfrontation croisée montre Claire et Marie animant conjointement l'atelier geste professionnel. Nous sommes vers la fin de cet atelier et, pour clôturer la séance, les ergothérapeutes proposent à chacun des patients de passer sur le « poste de travail » des autres.

Durant l'atelier, chacun des patients s'exerce à tirer sur une sangle pour tracter un chariot (cf. Figure 28). Cette « simulation » est censée représenter une séquence particulière du travail de G., palefrenier, quand il mène un cheval à la longe⁸⁰. En visionnant le début de l'atelier, les ergothérapeutes se sont souvenues avoir été satisfaites car G. s'est « tout de suite mis au travail » avec l'installation que lui avait proposé Marie.

Au début de la séquence présentée, Marie s'essaie à tirer le chariot et G. lui évoque que ce n'est pas tout à fait comme à son travail. Marie lui rétorque « soyons précis ».



Figure 28. Simulation d'un patient « menant un cheval à la longe »

1. Marie. [arrête la vidéo] Là, là ça m'a agacé par contre, vraiment. Parce que.
2. Claire. Parce que depuis le début, tu es un truc comme ça.
3. Marie. Ben ça m'a agacé
4. Claire. Là au dernier moment.
5. Marie. Ca m'a agacé pas tellement par rapport à lui mais plus par rapport à moi parce que je me dis c'est moi qui ai mis cette sangle là comme ça avec l'imaginaire que j'en avais de euh tu vois. Alors que du coup, finalement, lui il s'est pas autorisé à me dire non c'est pas comme ça. Et à la fin du truc alors que tout le monde est passé, il dit ben non c'est pas comme ça. On a passé une demi-heure la dessus alors que c'était pas euh.
6. Claire. m m.
7. Marie. tu vois.
8. Intervenant/chercheur. C'était pas un cheval. Mais en même temps Claire l'avait dit déjà avant.
9. Claire. Non mais que la position de, la position du
10. Marie. Oui
11. Claire. De la sangle elle n'est pas bonne. [relance la vidéo]
12. Intervenant/chercheur Mais là ça t'embêtes que ce soit pas comme eu ::h
13. Marie. Ouais
14. /--/
15. Claire. Tu vois bah vas-y. Eh ben voilà c'est pour ça que je l'avais mis en croisé.

⁸⁰ Une promenade en longe consiste à conduire le cheval à pied, à côté de lui, en le menant au moyen d'une sangle.

16. Marie. (rires)
17. Claire. Alors me faites pas suer. Tiens tu vois ce petit regard.
18. /-/
19. Claire. [arrête la vidéo] Prends J.L. tu vas en chier un peu plus que si c'était L.
20. Marie. (rires)
21. Claire. [relance la vidéo]
22. Intervenant/chercheur. Tu essayes de répondre à son interrogation dans le coup ?
23. Marie. Ben oui /-/ Parce que du coup moi [arrête la vidéo] Moi je m'en veux un peu là. Parce que d'emblée, je suis pas allée le chercher. C'est moi qui ai installé la sangle. Je me suis imaginé qu'on allait pouvoir tirer ce machin-là. Je m'étais dit.
24. Claire. m.
25. Marie. Quand il m'explique au départ, après nous on s'imagine des choses si tu veux. Et là je pense que je, l'erreur c'est de ne pas être allée le chercher en disant comment est-ce que vous imaginez qu'on peut faire par rapport à ce qu'on a. Là je me souviens qu'on n'a pas fait ça comme ça dans cet atelier. On est arrivé à brûle pourpoint.
26. Claire. m
27. Marie. Et on s'est dit il faut f : Des fois on est un peu trop dans le il faut faire, il faut faire. Et on enlève cette étape un peu de, eu:h, laisser le patient se mettre en situation. Parfois c'est compliqué que lui aussi il investisse les lieux. Tu vois
28. Claire. m
29. Marie. Le patient ce matin J.C., ben le temps qu'il a mis à s'installer. C'était un truc de fou quoi.
30. Intervenant/chercheur. Oui mais là ça te dérange parce qu'il t'a dit quelque chose. Mais avant ça te dérangeait pas.
31. Claire. Non, parce qu'elle pensait que c'était eu:h.
32. Marie. Ouais, ouais. Mais nous notre objectif c'est qu'on se rapproche au plus proche d'une réalité. Si j'étais allée le chercher en lui disant qu'est-ce qu' comment on pourrait s'installer. Peut-être qu'il aurait fait autre chose que ce que je lui ai proposé. /-/ Tu vois.
33. Claire. D'où l'agacement.
34. Marie. D'où je me dis mince. Je suis passée à côté de quelque chose. Alors on a travaillé quand même si tu veux. On a quand même senti le poids du.
35. Claire. m.
36. Marie. Enfin. Les autres patients c'est pas forcément inutile de sentir euh ce qu'on a essayé de leur faire sentir par rapport à l'engagement du corps. Par rapport à tout ça. Mais. C'est pour ça qu'à un moment, on titille au début là sur eu:h.
37. Intervenant/chercheur. Oui. Même plusieurs fois lui il l'a dit.
38. Marie. Oui.
39. Intervenant/chercheur Que c'était un cheval.
40. Marie. Que c'était pas pareil.
41. Intervenant/chercheur. Et cætera
42. Marie. Et plusieurs fois on titille et Claire à un moment on cherche et on comprend pas. Enfin on dit il n'y a pas de solution en fait tu vois.
43. Claire. m m m.
44. Intervenant/chercheur Ce moment-là.
45. Marie. Je pense qu'on n'était pas dans le vrai contexte tu vois.
46. Claire. [relance la vidéo]
47. Intervenant/chercheur. Ca aurait été le vrai contexte, tu n'aurais pas eu plus de solution.
48. Marie. Non peut être pas. [arrête la vidéo] Mais on aurait peut-être euh.
49. Claire. Oui mais tu vois là il travaille mieux. Mince on aurait dû faire avant.
50. Marie. Oui parce qu'il positionne son bras pas si mal. Quand ça vient du haut.
51. Intervenant/chercheur En fait le paradoxe c'est que quand ça ressemble pas à sa situation.
52. Marie. Il n'y arrive pas.
53. Intervenant/chercheur. Il n'y arrive pas. Alors que quand. Alors que quand c'est plus compliqué finalement parce que euh ça paraît plus compliqué que ça vienne du haut que à hauteur. Ca ressemble plus à sa situation, il y arrive mieux.
54. Marie. oui.
55. Claire. m.
56. Marie. Sauf que lui il a enfin ce qu'il de compliqué c'est plus quand le cheval il fait le con quoi.
57. Intervenant/chercheur. C'est ce qu'il vous dit depuis le début.
58. Marie. C'est ce qu'il dit depuis le début.
59. Intervenant/chercheur. (rire)

60. Marie. Et tu vois. Et du coup c'est là où on est euh. Je ne sais pas il y a quelque chose.
61. Claire. On est euh. La tête dans le guidon.
62. Marie. [relance la vidéo]
63. /--/
64. Claire. Et hop je me mets derrière.
65. Intervenant/chercheur Limite c'est les patients qui eu:h. Du coup tu te recules toi.
66. Claire. Vexée.
67. /---/
68. Marie. (rire) [Durant l'atelier, Marie dit à l'un des patients qu'elle n'avait pas de sangle ressemblant à une longe]
69. Claire. Tu vois tu te justifies.
70. Marie. Ouais. Ouais. C'est pas bon ça.
71. Claire. Tu es vexée.
72. /-/
73. Intervenant/chercheur. Pourquoi c'est pas bon ?
74. Marie. Non mais, quand on se justifie comme ça c'est qu'on a besoin de retomber sur ses pattes.
75. Intervenant/chercheur. Donc elle a pas tort Claire.
76. Marie. On a besoin de se justifier.
77. Intervenant/chercheur. Donc Claire elle n'avait peut-être pas tort ?
78. Marie. De ?
79. Intervenant/chercheur. Tu étais vexée.
80. Marie. Ah bah oui oui. Non mais tout à fait /-/ parce que je suis un peu vénère par rapport au fait que euh voilà on n'a, on n'a.
81. Claire. m
82. Marie. Je suis passé à côté de quelque chose là tu vois par rapport à /-/ comme tu dis j'étais, enfin on était trop, je dis je ou on
83. Claire. m
84. Marie. C'est peut-être je.
85. Claire. m
86. Marie. J'étais trop la tête dans le guidon par rapport à.
87. Claire. Sauf que moi je euh.
88. Marie. Tu t'en fiches.
89. Claire. Un petit peu.
90. Marie. (rire)
91. Intervenant/chercheur Toi c'est la eu.:h. Oui tu n'as pas le même intérêt pour le eu:h.
92. Claire. Non.
93. Intervenant/chercheur. La précision de la contrainte, tout ça. Vous avez travaillé autre chose.
94. Claire. Mais même dans les activités des gens /--/ Voilà même dans les activités des gens c'est pas /-/ que ce soit pas exactement comme j. comme sur leur travail c'est pas possible donc eu:h.
95. Marie. Non mais ça c'est sûr.
96. Intervenant/chercheur Toi tu as plutôt fait ton deuil alors que pourtant toi Marie tu as l'air intéressée par cette précision. Tu sais c'est comme la dernière fois.
97. Marie. Oui.
98. Intervenant/chercheur. Tu as cet attrait pour la précision quand même. /-/ Mais qui est limitée finalement.
99. Marie. Oui certes.
100. Intervenant/chercheur. Comme dit Claire : te fais pas chier. De toute façon c'est pas leur boulot quoi. /-/
101. Claire. Oui mais chacun se prend la tête sur ce qu'il peut.
102. Marie. Ou sur ce qu'il veut. (rire) /--/ En fait, je me dis, plus on va essayer d'être précis et plus peut être on peut faire en sorte que le patient y trouve ses solutions ou qu'il trouve des petites choses.
103. Intervenant/chercheur. Mais ils en trouvent des solutions dans ce que vous dites.
104. Marie. Mais je te dis pas qu'ils n'en trouvent pas mai:s voilà c'est peut-être pour moi.
105. Claire. C'est peut-être l'exigence que /-/ tu mets la barre de ton exigence est plus haute.
106. /-/
107. Intervenant/chercheur Différente. Pas placée au même endroit.
108. Claire. Pas placé au même endroit.
109. Marie. m.
110. Claire. Le curseur est différent.

Extrait 11. Autoconfrontation croisée entre Claire et Marie : « ce n'est pas un cheval »

2.3.2. La construction et la transformation d'un objet de discours « je ne suis pas allée le chercher »

La frustration de Marie vécue durant l'atelier geste professionnel visionné est revécue durant l'autoconfrontation croisée. Dans le cadre que permet l'intervention, ce sentiment est le moteur du dialogue qui s'engage avec sa collègue et l'intervenant/chercheur sur ce qu'elle aurait voulu mais n'a pas pu faire. L'insatisfaction de la précision apportée à la simulation du poste de travail permet aux ergothérapeutes de réinterroger la fonction même du réalisme lors d'une mise en situation professionnelle.

La particularité de cette séquence est de s'organiser à partir d'un élément affectif fort pour Marie et non comme précédemment d'une question de l'intervenant/chercheur ou de sa collègue : « là ça m'a agacé par contre, vraiment » §1, « ça m'a agacé » §3 et §5. L'emploi réitéré des morphèmes ça et là par Marie balisent l'espace discursif (Sitri, 2003, p. 177) autour de sa frustration comme thème qu'elle segmente ensuite en deux sous thèmes (« par rapport à lui [...] par rapport à moi » §5). Mais c'est uniquement la frustration par rapport à la qualité de sa propre pratique qu'elle développe par la suite. C'est Marie qui positionne la sangle « comme ça [mal] avec l'imaginaire » §5 qu'elle en avait. Le patient qui ne « s'autorise pas à [...] dire non » §5 est aussi vu sous l'angle de sa propre action d'ergothérapeute ne lui ayant pas permis de s'exprimer plus tôt (« on a passé une demi-heure la dessus » §5).

C'est d'ailleurs son action que Marie va introduire comme nouvel élément dans son discours : « parce que d'emblée, je ne suis pas allée le chercher » §23. C'est ce que signale le marqueur « parce que » qui indique à la fois l'enchaînement avec ce qui précède (« je m'en veux un peu là » §23) et le passage à quelque chose de nouveau (Ibid., p. 167). La frustration de Marie devient un instrument d'analyse sous la forme transformée d'une erreur : « je pense que l'erreur c'est de ne pas être allée le chercher » §25. Cette bifurcation permet d'opérer une généralisation notable au passage de l'emploi du pronom « je » par Marie à l'emploi du pronom « on » (« on n'a pas fait comme ça [...] on est arrivé à brûle pourpoint » §25, « des fois on est un peu trop dans le il faut faire [...] on enlève cette étape » §27).

L'emploi du pronom « on » a tendance à être corrélé avec l'orientation du regard de Marie vers sa collègue alors que le reste du temps son regard est davantage dirigé vers l'intervenant/chercheur. Les réactions de Claire se cantonnent principalement en marques phatiques d'approbation (« m. » §24, §26, §28). Si, comme Sitri le propose, un objet de discours peut être défini comme « un élément qui donne lieu à un développement séquentiel dans le fil du discours [entre] deux voix discordantes » (Ibid., p. 81), alors il devient légitime de se demander s'il existe un réel objet de discours dans la séquence proposée. Les deux voix peuvent s'organiser dans un dialogisme interdiscursif (relations avec d'autres discours tenus par d'autres auparavant) ou interlocutif (relation avec le discours de l'autre, l'interlocuteur pouvant être réel ou fictif). Mais il est possible de retenir une troisième dimension, non retenue par Sitri. La voix discordante peut être la sienne propre sous la forme d'une altérité interne où le sujet est aux prises avec ses autres activités. C'est ce qui est nommé par Bres (2005) le « dialogisme intralocutif » (p. 53). L'activité d'analyse de Marie est aux prises avec son activité pratique quotidienne. D'une certaine manière nous pourrions dire que l'objet du discours se constitue entre Marie et son travail. C'est ce qui lui permet de mettre en discussion ce qu'elle se voit

faire (« des fois on est un peu trop dans le il faut faire, il faut faire » §27) et ce qu'elle aurait souhaité faire (« laisser le patient se mettre en situation » §27).

Le discours rebondit lorsque l'intervenant/chercheur souligne qu'avant que le patient ne la reprenne sur la position de la longe, Marie était plutôt satisfaite de ce qui avait pu être mis en place avec G. (« mais avant ça ne te dérangeait pas » §30). Cette remarque de l'intervenant/chercheur relance le dialogue entre Marie et son travail, ce que l'on note par l'alternance de l'emploi des pronoms on et je (cf. Extrait 12). L'analyse de ce qu'elle se voit faire est toujours empreinte de frustration, par contre ce qu'elle aurait aimé faire s'enrichit d'un objectif (« notre objectif c'est qu'on se rapproche au plus proche d'une réalité » §32) laissant émerger le réalisme du poste de travail comme une préoccupation importante lors d'un atelier geste professionnel. Mais pour résoudre la contradiction soulevée par l'intervenant/chercheur, Marie développe l'objet du discours en marquant une rupture (« alors on a travaillé quand même » §34) lui permettant d'introduire un second objectif : « on a quand même senti le poids du » § 34. Cette phrase interrompue nécessite au préalable la thématization des « autres patients » §36 pour être terminée (observable au travers d'une construction détachée). Contrairement à G., pour les autres patients « c'est pas inutile de sentir [...] l'engagement du corps »⁸¹.

- | | |
|-------|---|
| 25. | <i>Marie. Quand il m'explique au départ, après nous on s'imagine des choses si tu veux. Et là je pense que je, l'erreur c'est de ne pas être allée le chercher en disant comment est-ce que vous imaginez qu'on⁸² peut faire par rapport à ce qu'on a. Là je me souviens qu'on n'a pas fait ça comme ça dans cet atelier. On est arrivé à brûle pourpoint.</i> |
| [...] | |
| 27. | <i>Marie. Et on s'est dit il faut f : Des fois on est un peu trop dans le il faut faire, il faut faire. Et on enlève cette étape un peu de, eu :h, laisser le patient se mettre en situation. Parfois c'est compliqué que lui aussi il investisse les lieux. Tu vois.</i> |
| [...] | |
| 32. | <i>Marie. Ouais, ouais. Mais nous notre objectif c'est qu'on se rapproche au plus proche d'une réalité. Si j'étais allée le chercher en lui disant qu'est-ce qu' comment on pourrait s'installer. Peut-être qu'il aurait fait autre chose que ce que je lui ai proposé. /- Tu vois.</i> |
| [...] | |
| 34. | <i>Marie. D'où je me dis merde. Je suis passé à côté de quelque chose. Alors on a travaillé quand même si tu veux. On a quand même senti le poids du.</i> |
| [...] | |
| 36. | <i>Marie. Enfin. Les autres patients c'est pas forcément inutile de sentir euh ce qu'on a essayé de leur faire sentir par rapport à l'engagement du corps. Par rapport à tout ça. Mais. C'est pour ça qu'à un moment, on titille au début là sur eu :h.</i> |

Extrait 12. Alternance de l'emploi des pronoms je et on par Marie lors d'une autoconfrontation croisée

⁸¹ Par engagement du corps, ou transfert du poids du corps, les ergothérapeutes désignent l'utilisation du déplacement de la masse de l'organisme dans le même sens que celui de l'objet à déplacer. Il s'agit de l'une des techniques que les ergothérapeutes peuvent proposer au patient en fonction de la situation étudiée au même titre que : la triple flexion, l'écartement du polygone de sustentation, la bascule de bassin...

⁸² Ce « on » et le suivant renvoient davantage au couple thérapeute patient dans le cadre de la co-construction de la mise en situation professionnelle.

Ensuite, l'objet du discours bascule à nouveau pour revenir à la thématique du « je suis pas allée le chercher » §23 remodelé par l'emploi du pronom « on », mais ici, désignant plus spécifiquement Marie et Claire : « c'est pour ça qu'à un moment on titille au début là ». Alternativement durant l'atelier geste professionnel, Claire et Marie demandent des précisions sur son travail au patient. Ce dernier leur explique que c'est davantage les mouvements brusques de la tête du cheval qui lui pose des difficultés. Les ergothérapeutes tentent de reproduire cet impromptu en « titillant » G. avec une baguette pour le surprendre (cf. Figure 29). Ces tentatives sont davantage prises sur le mode humoristique durant l'atelier, mais un échange entre Claire et Marie marque leur embarras pour proposer des solutions autour du geste faisant rebasculer le problème du côté de la tâche à « limiter » (§7 de l'extrait de l'atelier geste professionnel de décembre 2015 ci-dessous, cf. Extrait 13). Cela se transforme dans l'autoconfrontation croisée en : « on dit il n'y a pas de solution en fait tu vois » §42. En tout cas la solution n'est pas du côté des techniques que peuvent proposer les ergothérapeutes, ici l'utilisation des jambes. L'embarras des ergothérapeutes se renverse quand elles s'aperçoivent que G. a moins de difficultés à tenir la sangle quand elle « vient du haut » §50 alors que cette position est, a priori, plus contraignante. L'activité d'analyse durant l'autoconfrontation croisée est remplie par ces embarras qui se traduit par les difficultés de Marie à dire de ce qu'elle veut dire : « Et du coup c'est là où on est euh. Je ne sais pas il y a quelque chose » §60. Ce que confirment les propos de Claire : « on est euh. La tête dans le guidon » §61. Cette métaphore charrie avec elle l'idée que ce ne sont peut-être pas que les patients qui sont dans le « il faut faire » §27 mais aussi les ergothérapeutes qui ont alors des difficultés à prendre du recul sur leur travail.



Figure 29. Marie utilise une baguette pour tenter de reproduire les mouvements impromptus de la tête d'un cheval

1. Claire. Oh regarde l'épaule.
2. G. Des fois c'est pire. Quand il [le cheval] tourne la tête, l'épaule elle suit.
3. Claire. Soit il faut vraiment compenser avec les jambes, avoir un.
4. G. Oui mais, ils disent pas.
5. Claire. Ils disent pas.
6. [...]
7. Claire. Et ouais, peut être éliminer ça quand même. Limiter.
8. Marie. Limiter.
9. Claire. Limiter cette activité.

Extrait 13. Extrait de l'atelier geste professionnel de décembre 2015

La seconde partie de l'extrait proposé (§62 à la fin) marque surtout le retour de Claire dans le dialogue. Ses interventions se font plus nombreuses, les regards sont davantage orientés entre les deux ergothérapeutes et surtout Claire se démarque de sa collègue au travers d'un intérêt moindre pour la précision du travail des patients. Elle introduit l'impossibilité de reproduire à l'identique du poste de travail du patient qui n'est pas le « poste de travail » proposé durant l'atelier geste professionnel : « que ce soit pas exactement comme [...] sur leur travail c'est pas possible » §94. La reprise de Marie en prenant la forme « non mais ça c'est sûr » §95 vient clore en quelque sorte la possibilité de développer un objet de discours sur la question de la faisabilité d'une reproduction parfaite. L'intervenant/chercheur rebondit alors en proposant un autre développement du côté de l'intérêt de Marie pour la précision déjà évoqué lors de précédentes autoconfrontations croisées (« tu sais c'est comme la dernière fois » §96). Claire propose une thématization du côté de la compétence technique (chacun s'intéresse « sur *ce qu'il peut* » §101). La reprise, avec variation lexicale, de Marie propose une autre thématization du côté de l'intention (« sur *ce qu'il veut* » §102). C'est autour de cette thématization qu'elle développe son point de vue consistant à relier ce qu'elle souhaite faire durant l'atelier geste professionnel (la recherche de la précision) à ce qu'elle souhaite obtenir pour le patient (il « y trouve ses solutions » §102). Marie organise donc la recherche de la précision autour de la question des buts de l'atelier geste professionnel.

C'est Claire qui clôture cette séquence en reprenant la question de « l'exigence » §105 tout de suite transformée en « *ton exigence* » §105 ouvrant ainsi la possibilité de plusieurs buts à l'intérieur de l'atelier geste professionnel en fonction du « curseur » §110 choisi.

Les transformations successives de l'objet de discours (« c'est moi qui est mis cette sangle » §5, « je suis pas allée le chercher » §23, « on titille » §36, « être précis » §102) s'organisent autour de la question du réalisme qui nous semble être le véritable objet du débat. Cette préoccupation pour le réalisme n'est pas traitée d'un point de vue technique pour savoir si, et comment, on se rapproche d'une quelconque réalité du travail du patient. C'est la fonction même du réalisme de la mise en situation professionnelle, dans le travail des ergothérapeutes, qui est en débat.

2.3.3. Un troisième dilemme autour du réalisme : organiser un exercice ou mettre en place une mise en situation professionnelle

Dans l'extrait présenté, il nous semble que le réalisme d'une mise en situation professionnelle, comme instrument de l'action des ergothérapeutes, peut servir deux intentions différentes. D'un côté, la recherche du réalisme vise l'investissement du patient dans la tâche à accomplir en rééducation - nous pourrions parler d'instrument motivationnel - d'un autre côté, la précision dans la recherche du détail aurait pour but la transformation de la mise en situation en instrument potentiel pour le patient afin que celui-ci y trouve une ressource pour développer sa manière de faire son travail.

C'est ici l'absence de la recherche de précision dans le travail de G., donc de réalisme, qui est à l'origine du dialogue. Marie pointe du doigt le fait que « c'est (elle) qui ai mis cette sangle là comme ça » §5. En creux, elle indique qu'elle n'a pas demandé de précision au patient sur cet élément de son travail. C'est elle qui a construit la mise en situation professionnelle avec ses propres projections faute d'absence de précision. Cette absence, presque vécue comme une faute (« je m'en veux » §23) empêchant « le patient [de] se mettre en situation » §27 permet, cependant, l'apparition du « faire » §27 chez lui. C'est donc à partir de l'expérience renouvelée, lors de l'autoconfrontation, de sa frustration de n'avoir pas été cherché suffisamment de précisions pour construire la mise en situation professionnelle que Marie commence à distinguer des techniques permettant de faire faire et de laisser faire. Ce passage reflète finalement la mise en tension de techniques d'incitation à faire et à bouger avec une technique consistant à s'en distancier dans un premier temps.

C'est ensuite la distinction de destinataires qui permet en retour aux ergothérapeutes de préciser la différenciation entre les techniques. Marie distingue l'utilité pour G. de l'utilité pour les autres patients : « les autres patients c'est pas inutile [...] de leur faire sentir l'engagement [...] l'engagement du corps » §36. C'est dans son interaction avec d'un côté G. et de l'autre les autres patients que Marie trouve une ressource pour poursuivre la différenciation des techniques employées. L'incitation à « faire » viserait l'expérimentation et l'apprentissage de techniques gestuelles par les patients, ce qui offre aux ergothérapeutes la possibilité d'avoir recours à des ressources théorico-pratiques comme l'engagement du corps au même titre par exemple que l'écartement et le déplacement des pieds, l'utilisation de la triple flexion et la rotation du bassin, la position des bras par rapport aux épaules ou la technique de port de charge. Les ergothérapeutes décrivent parfois cet ensemble de techniques comme une « boîte à outil » leur permettant à la fois d'analyser les déplacements des segments de l'organisme et de donner des conseils d'amélioration aux patients plaçant le geste comme objet de leur activité. L'utilisation de ces ressources est tout aussi valable quand il s'agit de G. sauf que, dans son cas, la « mise en situation » nécessite davantage de précisions déplaçant l'objet de l'attention des ergothérapeutes davantage sur son travail redonnant au geste une place d'instrument et non d'objet en soi.

Quand il s'agit de G., l'apprentissage des techniques gestuelles n'est pas le seul but de l'action des ergothérapeutes, il doit en quelque sorte cohabiter avec un autre but. La frustration de Marie, quand G. évoque le manque de précision de sa mise en situation professionnelle, nous indique que le réalisme participe à cet autre but. Cette distinction éclaire pourquoi les ergothérapeutes peuvent évaluer de deux manières différentes la prestation de G. C'est « bien » quand il utilise des techniques gestuelles appropriées en tirant le chariot comme les autres patients. C'est, un « problème », pour les ergothérapeutes, quand le but est de travailler sur la promenade à la longe. La distinction des techniques est source d'interrogation sur les buts poursuivis. Il devient alors possible pour Marie de distinguer un but d'enseignement des techniques gestuelles (versant biologique de la pratique du métier) et une aide pour que le patient

trouve ses solutions (versant social de la pratique du métier). Et c'est cette plus grande distinction entre les buts poursuivis autour de l'aide à autrui, commencé lors de précédente séquence d'autoconfrontation⁸³, qui permet en retour une meilleure distinction entre les techniques employées. C'est donc bien dans ce mouvement de déliaison et de reliaison qu'il devient possible d'opérer une plus grande distinction dans les buts poursuivis qui en retour permet aux ergothérapeutes d'opérer une plus grande différenciation entre les techniques employées. L'activité des ergothérapeutes lors de l'atelier geste professionnel semble donc traversée par la tension existante entre deux techniques ayant des buts et des destinataires différents. Une première technique consiste à organiser un « faire » pour **les patients** dans un but de développement de techniques gestuelles. La seconde technique prend sa source dans la recherche du détail qui permettrait la transformation de la mise en situation en instrument potentiel pour **un patient** afin que celui-ci « y trouve ses solutions » §102.

La « tête dans le guidon » §61 évoquée par Claire signe une probable intensification du travail ne permettant plus de réinterroger le métier, ce qui est fait mais aussi ce que l'on souhaiterait faire, ce qu'on a réussi à faire et quels moyens on utilise pour le faire. C'est finalement ce que tente de faire ici les ergothérapeutes dans le cadre de l'intervention en utilisant ce qui a été fait, et qui gêne profondément Marie, pour réinterroger le rapport entre différentes dimensions du métier. Inciter à faire ou laisser le patient se mettre en situation, être utile pour G. ou pour les autres, enseigner des techniques gestuelles ou faire en sorte que le patient trouve ses solutions, ces différentes conflictualités que Claire et Marie ont pu mettre au travail durant l'autoconfrontation peuvent prendre la forme d'un dilemme autour de la question du réalisme de la situation de rééducation proposée au patient : **organiser un exercice ou mettre en place une fiction professionnelle**. L'exercice serait davantage du côté d'un cadre protocolisé contraignant l'organisme du patient dans un but de réentraînement. Alors que nous utilisons ici le terme de fiction dans un sens assez proche de son origine étymologique de « fictio » venant lui-même du verbe « fingo » signifiant façonner puis ultérieurement imaginer (Gaffiot et Flobert, 2008, p. 664). La mise en situation sous sa forme de fiction professionnelle correspond bien à une construction sollicitant l'imagination tant des ergothérapeutes pour se représenter le travail des patients, que des patients eux-mêmes devant se projeter dans un poste de travail simulé. Le terme de fiction nous semble aussi bien rendre compte de la possibilité de s'imaginer des réalisations différentes de ce qui se fait au quotidien. Fiction n'est donc pas prise dans un sens péjoratif ne renvoyant qu'à sa seule différence avec une certaine réalité.

⁸³ Aider le patient en trouvant une solution biomécanique ou aider la personne pour qu'elle puisse réaliser son travail.

3. Résultats de la recherche : les dilemmes de métier lors d'un atelier geste professionnel

L'analyse de chaque extrait d'autoconfrontation permet de montrer comment Claire et Marie font vivre la conflictualité qui les anime lors d'un atelier geste professionnel. Trois dilemmes différents ont pu être dégagés quand elles sont confrontées à une tâche de mise en situation professionnelle du patient :

- Réentraîner des capacités physiques ou entraîner un nouveau geste professionnel
- Analyser un problème biomécanique ou aider la personne pour qu'elle puisse réaliser son travail
- Organiser un exercice ou mettre en place une fiction professionnelle

Au-delà de leur forme statique, il est peut être possible d'organiser un lien entre ces dilemmes au travers de leur développement tout au long des autoconfrontations croisées.

3.1. Trois dilemmes de métier significatifs pour des ergothérapeutes lors d'un atelier geste professionnel

Le **premier dilemme**, qui émerge du travail d'analyse réalisé avec Claire et Marie, réinterroge le but de l'atelier geste professionnel entre réentraîner des capacités physiques ou entraîner à un nouveau geste professionnel. C'est dans la mise en tension du métier vécu entre les professionnels et le travail prescrit que semble pouvoir prendre corps ce dilemme en organisant la confrontation entre un but prescrit par l'institution à destination des ergothérapeutes et un but reformulé par ces dernières. C'est l'impersonnel du métier, au travers des buts poursuivies, qui est mis au travail dans le cadre de l'autoconfrontation croisée. Le dialogue sur les buts prend sa source dans une réalisation personnelle de Claire quand elle parle de « phase d'entraînement » pour s'appuyer ensuite sur différents concepts (réentraînement, rééducation/réadaptation) avant de trouver une nouvelle ressource dans une histoire partagée entre les deux ergothérapeutes. Il semble donc que le dilemme se dévoile dans la mise au travail de la dimension impersonnelle pris dans ses rapports avec autres dimensions du métier.

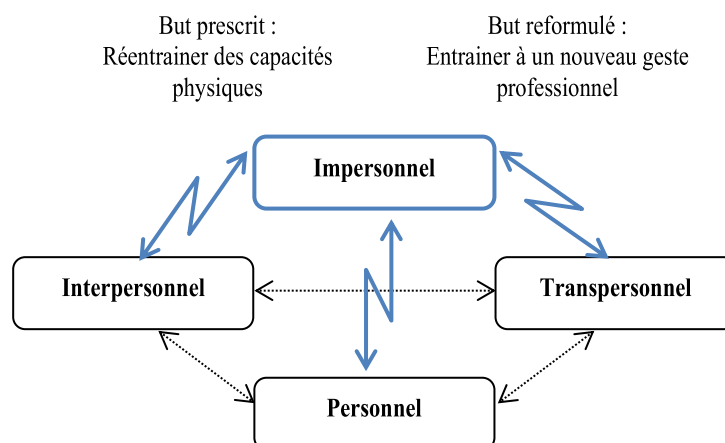


Figure 30. Premier dilemme de métier : réentraîner des capacités physiques ou entraîner à un nouveau geste

Dans le premier extrait présenté, l'objet du débat, soutenant le développement du discours, est la nature du changement que les ergothérapeutes souhaitent produire pour le patient. D'un côté, il est possible de renforcer les capacités physiques du patient en jouant sur le réentrainement de son organisme sur le plan physiologique (force, souplesse et endurance). C'est l'essence d'un programme multidisciplinaire se basant sur les principes de la restauration fonctionnelle (Mayer, 1999). D'une certaine manière c'est ce que Marie évoque au travers du souvenir qu'elle a de la prescription du Dr B. lors des débuts de l'atelier geste professionnel. L'idée sous-jacente est d'améliorer les capacités du patient afin que celui-ci puisse de nouveau faire face à sa tâche de travail. Les gains physiques permettent de retrouver un état antérieur au déconditionnement et agissent comme une sorte de garantie dans la préservation du « maillon faible » (Ibid.) et de la santé du patient à moyen terme.

D'un autre côté, les ergothérapeutes envisagent le changement produit auprès du patient sur un plan davantage qualitatif en souhaitant l'engager dans la production de quelque chose de « nouveau ». C'est le développement du geste professionnel qui est visé. Ici, l'idée sous-jacente part de l'origine professionnelle supposée des TMS : reproduire les mêmes déplacements articulaires conduirait à la répétition de la même problématique de santé. Il faut donc que le patient puisse faire différemment ce qui est supposé être à l'origine de sa présence en rééducation, à savoir la répétition d'un geste professionnel non adapté physiologiquement. La reformulation de ce nouveau but est aussi une forme de réponse des ergothérapeutes à la litanie des patients s'interrogeant, mais interrogeant aussi les thérapeutes, sur comment ils vont pouvoir concilier ce qui est appris en rééducation avec la réalisation quotidienne de leur travail. Le geste nouveau ou la gamme gestuelle renouvelée du patient doit pouvoir intégrer la préservation de la santé comme un nouveau but dans la réalisation de sa tâche.

L'objet du débat étayant le travail d'analyse des ergothérapeutes est bien le changement vu sous l'angle des modifications qu'elles visent pour le patient. Ce sont deux buts contradictoires qui entrent en compétition avec d'une part le réentrainement tel que prescrit à l'origine par le médecin conformément aux modèles, et d'autre part « l'entraînement » d'une nouvelle façon de faire qui reste à advenir pour pouvoir répondre aux préoccupations des patients.

En poussant les logiques jusqu'au bout, prendre le réentrainement comme unique but de la rééducation permet d'évacuer la question de la performance du patient à son travail. Le réentrainement permet juste la reproduction de schémas moteurs avec un organisme qu'on pourrait qualifier en quelque sorte de « réparé », une sorte de remise en l'état de l'outil de travail. Par contre, en prenant comme but la production d'un nouveau geste, ou une nouvelle gamme gestuelle, c'est la performance du patient face à son travail quotidien qui est remise en question sans pouvoir se résoudre dans le temps et le contexte de la rééducation. Ainsi, l'apprentissage d'une nouvelle gamme gestuelle ne présume pas de son développement ultérieur dans un contexte de travail car, comme le souligne Vygotski (1931/1978), « le processus développemental est en retard sur le processus d'apprentissage »⁸⁴ (p. 90)

⁸⁴ « the developmental process lags behind the learning process »

C'est aussi l'efficacité du travail des ergothérapeutes qui est interrogée au travers de l'atteinte des buts poursuivis. Dans un but de réentraînement, il est possible, et même essentiel, d'évaluer l'amélioration des capacités physiques du patient entre le début et la fin du programme multidisciplinaire. Les thérapeutes peuvent évaluer l'atteinte de leurs buts à l'aune des progrès réalisés par le patient. En adoptant un but « d'entraînement », l'atteinte des buts est souvent supposée car hors de portée d'une évaluation en l'état actuel de l'organisation du dispositif STMS. Les patients peuvent être revus post-programme mais dans le cadre d'une nouvelle prise en charge sanitaire et non sur leur lieu de travail. De plus, comme nous l'avons vu, ce sont davantage des considérations sur son maintien en emploi qui sont recherchées que sur la réalisation concrète de son travail.

Le but prescrit de réentraînement se distingue du but reformulé d'entraînement. Mais c'est dans la tension entre les deux que l'atelier geste professionnel semble s'être construit permettant de différencier le travail des ergothérapeutes par rapport à d'autres professionnels de santé.

Le **second dilemme** met en tension un objectif de résolution de problème biomécanique et un autre visant à aider la personne pour qu'elle puisse réaliser son travail. Il est important de préciser que ce n'est pas l'éventuelle solution biomécanique trouvée qui s'oppose au développement potentiel du geste professionnel du patient. La difficulté réside davantage dans le fait que ce qu'on demande aux ergothérapeutes est en deçà de ce qu'elles souhaiteraient faire. L'impersonnel n'est pas suffisamment dynamique pour leur fournir une ressource dans ce qu'elle tente d'accomplir, si tant est que cela soit possible. Dans un cas la préconisation et l'apprentissage d'un geste respectant les bases biomécaniques est le but final et le patient reste l'unique responsable de son application ultérieure ; dans l'autre cas cette préconisation biomécanique n'est qu'un des buts intermédiaires soutenant le but final qui serait la réalisation par le patient de son travail (en limitant les contraintes myo-articulaires).

Le dilemme émerge dans les déterminations respectives du but final et des buts intermédiaires (Briec, 2013; Leontiev, 1984) dans l'activité des ergothérapeutes lors de l'atelier geste professionnel, dans le rapport entre ce qu'on leur demande et ce qu'elles souhaiteraient faire.

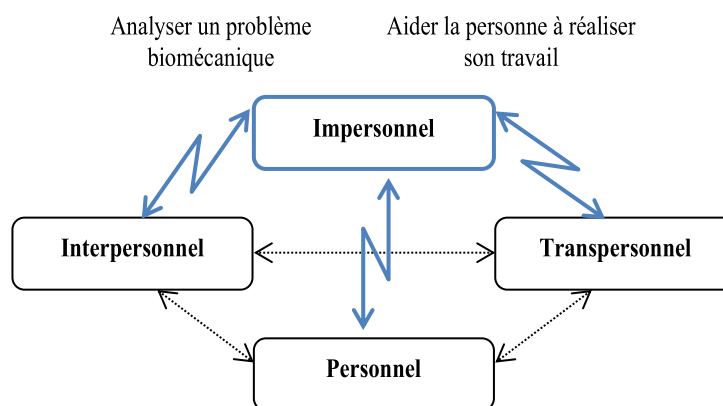


Figure 31. Second dilemme de métier : analyser un problème biomécanique ou aider la personne pour qu'elle puisse réaliser son travail

Durant le second extrait présenté, l'objet du débat, supportant le dialogue entre Claire et Marie, n'est autre que l'utilité même de leur travail d'ergothérapeute. La venue du patient en rééducation suppose un « problème » qu'il s'agit pour les ergothérapeutes d'aider à résoudre. Mais la nature du problème peut être conçue de deux façons différentes selon la manière de considérer le patient : entité biologique ou sujet social. Les ergothérapeutes, dans le cours de leur travail, se retrouvent confrontées à un nouveau dilemme entre transmettre des règles de biomécanique ou aider le patient à pouvoir faire son travail.

En tant que thérapeute, une des priorités des ergothérapeutes est la préservation de la santé. Cela passe par le respect d'un certain nombre de principes biomécaniques dans la réalisation des gestes, objectif que l'on retrouve dans le référentiel de compétences des ergothérapeutes : « accompagner une personne ou un groupe dans un processus d'apprentissage par une information et des conseils sur les troubles fonctionnels, l'éducation gestuelle, les gestes et postures non traumatisants » (Ministère du Travail, de la solidarité et de la fonction publique et Ministère de la santé et des sports, 2010, p. 181). L'enseignement des gestes et des postures non traumatisantes sous la forme de principes est toujours faisable lors d'un atelier de rééducation. Envisager leurs applications dans le travail quotidien du patient est plus compliqué. Biomécanique et réalisation de la tâche ne sont pas toujours aisément conciliables pour le patient et donc pour le thérapeute tentant de résoudre un problème.

Pour un ergothérapeute, l'objectif du travail réalisé avec le patient en rééducation est de lui permettre de réaliser un certain nombre de tâches, en l'occurrence pour ce qui nous intéresse, ses tâches de travail. C'est tout l'objet des mises en situation professionnelle que de « concevoir des mises en situation écologique permettant d'anticiper le retour de la personne dans son milieu de vie » (Ibid., p. 178).

« Aider les autres » est donc une question qui peut être appréhendée de plusieurs points de vue. Il est tout à fait possible pour un ergothérapeute d'être utile en enseignant quelques règles de biomécaniques à un patient ; ce dernier pouvant être en mesure de les appliquer dans le cadre des exercices de rééducation qui lui sont proposés mais sans aucune certitude quant à leur utilité pour que le patient puisse faire ce qu'il a à faire à son travail. La contradiction que peut expérimenter un patient pour intégrer des règles de biomécaniques, lors de son travail quotidien, reflète en miroir la difficulté que peuvent rencontrer des ergothérapeutes pour proposer des gestes respectant la santé d'un point de vu biomécanique tout en permettant d'être efficace au travail.

Le travail des ergothérapeutes est traversé par la tension entre un versant « biologique » et un versant « social » véritable enjeu du métier d'ergothérapeute. Les problèmes biomécaniques trouvent une issue favorable pour les ergothérapeutes en leur permettant de proposer des « solutions » ; mais butent aussi sur la question du sens du métier ou comment ces « solutions » peuvent aider véritablement les patients aux prises avec leur travail. La question se transforme, nous pouvons le penser, en question d'efficacité du côté du patient quand il se projette de retour à son poste de travail. Par ailleurs, vouloir « aider » les patients est source d'énergie pour l'activité des ergothérapeutes mais se heurte à la question de savoir comment mesurer l'efficacité de cette aide, l'objet visé (le travail réalisé par le patient) étant souvent hors de portée d'une évaluation. Une des faiblesses du dispositif STMS, et des programmes multidisciplinaires plus globalement, est l'impossibilité d'évaluer l'efficacité de l'action des professionnels hors

contexte de la rééducation⁸⁵. Une des issues possible pour les ergothérapeutes à la question immédiate de leur utilité peut prendre la forme d'un repli vers l'évaluation de l'action immédiate des patients en cours de rééducation⁸⁶.

La technique de Marie, consistant à transmettre son savoir aux patients, est une des variantes d'actions possibles face à ce dilemme. L'apprentissage des principes biomécaniques et leur développement dans de nouvelles pratiques gestuelles peut être sollicité et évalué tout au long de la prise en charge au travers de divers contextes de rééducation : atelier geste professionnel, atelier sur la vie domestique et surtout durant la visite en entreprise si celle-ci ne se déroule pas trop tôt dans la prise en charge rééducative. « biologique » et « social », ou « biomécanique » et « quotidien » pour reprendre les termes des ergothérapeutes, semblent devoir naviguer entre sens et efficacité, alternativement source créatrice et écueil sur lequel l'activité des ergothérapeutes risque de s'échouer. Le dilemme de métier émerge à partir des tensions existantes entre les dimensions « biologique » et « sociale », davantage qu'au travers d'une réelle scission entre ces catégories.

Le **troisième dilemme** porte sur les outils employés durant l'atelier geste professionnel pour *un* ou *des* patients. Cet atelier contient en lui la possibilité de réaliser des mises en situation professionnelle sur un continuum allant du simple exercice à une forme que nous avons qualifié de fiction professionnelle. Selon les destinataires, un patient spécifique ou des patients, les objectifs poursuivis peuvent ainsi se transformer. Un atelier collectif, se voulant très individualisé, organise donc une tension entre les artefacts créés (une mise en situation relié au travail du patient et des exercices plus génériques) et des objectifs aux destinataires variables. Dans la troisième séquence tirée des autoconfrontations croisées, le centre de gravité des analyses des ergothérapeutes bascule de la dimension impersonnelle à la dimension transpersonnelle du métier. La formalisation du dilemme devient possible grâce à la mise au travail du genre professionnel (la dimension transpersonnelle) pris dans ses rapports avec les trois autres dimensions du métier.

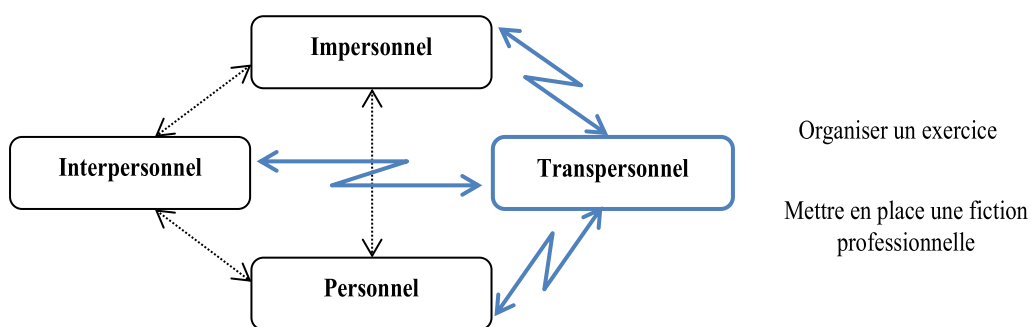


Figure 32. Troisième dilemme de métier : mettre en place une fiction professionnelle ou organiser un exercice

⁸⁵ Il existe quelques critères d'évaluations comme la reprise ou non d'un emploi par le patient, mais qui servent davantage à l'évaluation de l'efficacité globale du programme qu'à l'évaluation plus spécifique de l'impact de la rééducation dans le quotidien des patients. Dit autrement et pour reprendre ce qui intéresse les ergothérapeutes, l'évaluation de l'évolution de la gestuelle est faite au travers de la comparaison en début et en fin de prise en charge lors de tests protocolisés, et non au travers de l'évaluation de la gestuelle du patient dans le cours de son travail après le stage de rééducation.

⁸⁶ Par exemple, évaluer si le patient réussit à intégrer des exercices d'auto-étirement dans le cadre même d'un atelier geste professionnel ou le reprendre sur sa façon de porter son sac de sport entre deux séances de rééducation.

La question du réalisme de la mise en situation professionnelle est l'objet du débat autour duquel s'enroule le dilemme de métier durant la troisième séquence analysée. C'est bien la fonction du réalisme durant un atelier geste professionnel qui est mise au travail.

La recherche de réalisme dans la simulation est une tentative difficile. Les ergothérapeutes ne doivent pas construire une simulation pour une seule tâche de travail, elles doivent en concevoir quatre différentes à chaque nouveau groupe STMS. Ces constructions sont aussi provisoires et non reproductibles d'un groupe à l'autre, sauf cas exceptionnel de deux patients salariés dans la même entreprise au même poste de travail. Le matériel à disposition et le manque de temps de préparation d'un atelier où elles arrivent à « brûler pourpoint » peuvent expliquer certaines imprécisions. Il existe ainsi des décalages dans les tentatives de simulation : la sangle qui est trop élastique par rapport à une longe, l'accroche de la sangle sur la barre du chariot qui est trop basse par rapport à la hauteur de la tête d'un cheval, la baguette vite abandonnée pour reproduire les mouvements impromptus du cheval. Ces décalages peuvent se révéler importants pour un patient qui souhaite alors apporter des précisions lors de la construction de la reproduction de son « poste de travail ». C'est pour cela que, dans une autre autoconfrontation, Marie parle davantage de « simulacre » que de simulation quand elle décrit ce qu'elle tente de faire avec le patient. Ces « simulacres » sont les artefacts actuellement utilisés lors de l'atelier geste professionnel. Claire et Marie, ayant conscience de ces limites, ont tenté par le passé d'utiliser d'autres outils sans davantage de satisfaction. L'utilisation du mime a ainsi été abandonnée car il nécessitait trop de temps au regard de la durée de l'atelier.

Mais au-delà des possibilités techniques pour atteindre un certain réalisme, le travail en autoconfrontation permet d'interroger sa fonction dans une tâche de mise en situation professionnelle. Techniques, destinataires et buts s'enchevêtrent à tel point qu'il est parfois difficile de les distinguer dans l'activité d'analyse durant les autoconfrontations. Ainsi, quand Marie dit « il n'y a pas de solution » §42, il est compliqué de savoir à quoi elle fait référence. Cette absence de solution peut être reliée aux techniques gestuelles évoquées précédemment (« l'engagement du corps » §36) faisant écho à la proposition qu'elle fait au patient de « compenser avec les jambes » mais évaluée finalement comme peu pertinente. L'absence de solution peut aussi être reliée à la difficulté de se rapprocher « au plus proche d'une réalité » §32 qui n'est jamais « le vrai contexte » §45. Donc, quand le destinataire de l'action des ergothérapeutes est le patient concerné par sa mise en situation professionnelle, il peut coexister deux buts différents partiellement en concurrence : l'apprentissage de techniques gestuelles ou la découverte par le patient de ses solutions, sous-entendu pour faire son travail. Les deux techniques ne considèrent pas, en tout cas, le travail du patient de la même manière.

Dans la perspective où c'est l'apprentissage de techniques gestuelles qui est le but de l'activité des ergothérapeutes, alors l'objet même de cette activité est l'instrumentation de son organisme par le patient : sa capacité à se mouvoir, les déplacements relatifs des segments articulaires, au final ses capacités physiques. Le travail du patient n'est finalement qu'un autre contexte de production de ces capacités au même titre qu'une séance de rééducation. Par contre, dans la perspective où le but de l'atelier est le développement possible d'un geste professionnel, le travail du patient est l'objet même de l'activité des ergothérapeutes. Nous comprenons mieux pourquoi le réalisme n'a pas la

même fonction dans les deux cas. Dans le premier, le réalisme n'est pas nécessaire aux apprentissages des techniques gestuelles vues sous une perspective fonctionnelle de l'organisme ; mais il peut servir de ressort motivationnel. Dans le second cas, le réalisme est primordial car c'est la précision de la simulation de travail comme but de l'action des ergothérapeutes qui peut devenir une ressource pour le patient prenant lui aussi son propre travail comme objet de son activité durant l'atelier geste professionnel.

Le réalisme, comme objet de débat, a permis aux ergothérapeutes de mettre au travail les migrations permanentes dans l'activité d'analyse à la fois des buts et des instruments de l'action, mais aussi de l'objet même de leur activité générant une certaine difficulté d'analyse et permettant, sans doute, à Claire de dire « on est la tête dans le guidon » §61. Pour tenter de clarifier les choses, nous pouvons tenter de distinguer les deux techniques en fonction des buts poursuivis par les ergothérapeutes (cf. Tableau 7).

	Exercice	Fiction professionnelle
But de l'action	Apprentissage de techniques corporelles	Aider le patient pour qu'il trouve ses solutions
Destinataire(s)	Tous les patients	1 patient spécifiquement destinataire de la mise en situation
Objet de l'action	L'organisme du patient (capacités physiques)	Le travail du patient
Instrument(s)	Les techniques gestuelles Le réalisme du « poste de travail » comme instrument motivationnel	La précision de la « simulation »
Conception du geste	Réalisation de l'activité	Instrument de l'activité
Exemple	Tirer/pousser un chariot	Promener un cheval à la longe

Tableau 7. Différences entre exercice et fiction professionnelle

Cette distinction permet d'envisager l'atelier geste professionnel comme une tentative de construction de « fictions professionnelles » se distinguant de simples « exercices » pouvant être proposés à tous les patients ; « exercices » qui, paradoxalement, soutiennent aussi un atelier geste professionnel au sein d'un programme de restauration fonctionnelle.

3.2. Développement de l'analyse sur le travail au cours des autoconfrontations et variations entre les registres de métier

Les trois séquences analysées sont présentées dans leur ordre chronologique d'apparition au cours de l'intervention. Au-delà d'une analyse statique des trois dilemmes, il est peut être possible de tirer quelques conclusions sur la dynamique de la conflictualité observable au travers de la formalisation des dilemmes successifs provoquée par l'intervention. Si le dilemme est bien une forme de la conflictualité du métier là où il tend à achopper, alors la formalisation des dilemmes successifs lors des autoconfrontations à laquelle nous avons procédé permet de relever un déplacement de cette conflictualité. Les formalisations successives changent ainsi de fonction, dans le cours de l'intervention, devenant des instruments permettant le développement de nouvelles analyses. (cf. Figure 33)

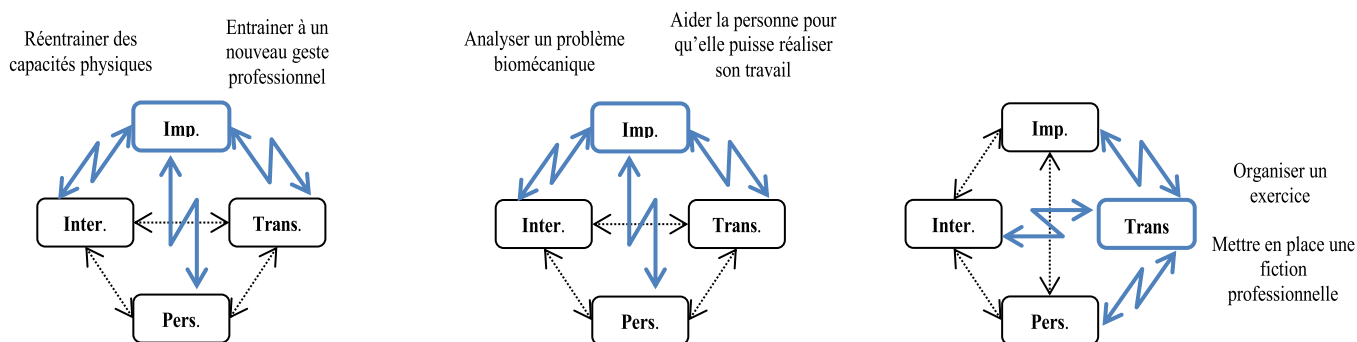


Figure 33. Formalisation successive des dilemmes durant l'intervention

La question récurrente des patients, se demandant comment appliquer ce qu'ils apprennent en rééducation dans leur travail quotidien, a pu trouver une adresse auprès de Claire et Marie. C'est notamment dans cette relation avec les patients que se trouve la source incitant les ergothérapeutes à s'interroger entre elles pour savoir comment répondre à cette demande. Ce faisant, elle réinterroge leur propre métier en incluant la question du travail du patient au-delà de son simple retour à l'emploi.

La différenciation, ainsi réintroduite entre travail et emploi, permet de transformer l'organisation classique des buts d'un programme de restauration fonctionnelle. Les gains en termes de capacité physique ne servent plus seulement à pouvoir assumer l'occupation d'un emploi, ils peuvent aussi réinterroger la façon dont le patient va faire pour faire son travail. Le but reformulé par les ergothérapeutes pousse le rapport capacité physique/emploi lors d'un programme de restauration fonctionnelle vers un nouveau couple capacité physique/travail.

Cette transformation des buts n'est pas sans incidence sur les techniques employées. Dit de façon un peu synthétique, une mise en situation professionnelle, dans une perspective d'exercice, permet l'apprentissage de techniques gestuelles respectant des principes biomécaniques. Le patient pourra ensuite, potentiellement, les instrumenter en développant de nouveaux gestes professionnels. Le but de préservation de la santé prend la forme d'un enseignement

par les thérapeutes de principes à respecter et la question du travail demeure essentiellement à la charge du patient de retour à son poste de travail. Prendre pour but la transformation du travail du patient⁸⁷ repose par là même la question de l'efficacité des techniques employées lors de la rééducation. La tâche de mise en situation professionnelle peut, et doit, se différencier d'un simple exercice. C'est ici que le travail d'analyse, réalisé durant les autoconfrontations, participe à la différenciation d'un exercice d'une fiction professionnelle prenant pour objet le travail du patient. La différenciation d'un objectif « biologique » (analyser un problème biomécanique) et d'un objectif « social » (« aider la personne » pour qu'elle puisse réaliser son travail) est alors reprise comme un instrument permettant de penser les différences entre techniques. Il nous semble possible de soutenir que c'est la controverse entretenue dans le dialogue en autoconfrontation croisée qui permet d'organiser un mouvement de différenciation entre exercice et fiction professionnelle ouvrant une zone de développement possible. Cependant, l'intervention réalisée ne nous permet pas d'en dire davantage sur son devenir.

Au final, ce sont les ergothérapeutes affectés par la préoccupation des patients vis-à-vis de leur travail qui sont à la source de la reformulation d'un nouveau but possible lors d'un programme de restauration fonctionnelle. Cette préoccupation renouvelée pour le travail du patient, sous la forme d'un atelier geste professionnel, nécessite la transformation des rapports entre les différents buts d'une tâche de mise en situation professionnelle, allant jusqu'à réinterroger les techniques habituellement utilisées lors d'un programme de restauration fonctionnelle.

Le modèle du métier en quatre registres permet de rendre compte des possibilités ouvertes par les dialogues quand ils produisent une plus grande différenciation entre ce qui, dans le métier, relève de l'histoire personnelle ou collective, du travail prescrit ou des moyens d'agir (Miossec et Clot, 2011). La mise en question du travail des patients au sein du travail d'analyse des ergothérapeutes sur leur propre activité a permis l'expression de processus de déliaison et de reliaison à l'intérieur et entre les registres de métier. Ce renouvellement de la conflictualité, en défaisant les « formes sédimentés » (Clot, 2011, p. 23), a aidé à la formalisation des trois dilemmes de métier. Ces dilemmes ont pu ensuite changer de fonction pour être repris par les ergothérapeutes comme des instruments pour leur propre activité d'analyse de leur travail.

Le développement provoqué par l'intervention a permis l'engagement des ergothérapeutes dans l'analyse de leur travail. Pour Claire et Marie, cet engagement a pris la forme d'une demande pour réaliser une nouvelle série d'autoconfrontations portant sur leur travail durant un atelier geste professionnel. Cette demande est d'autant plus significative d'un engagement qu'elle porte sur une tâche de mise en situation professionnelle qui paraît difficile, tant du point de vue des deux ergothérapeutes lors de la première série d'autoconfrontations, que du point de vue des pairs. Le cadre dialogique des autoconfrontations a permis de mettre en mouvement les différents registres de leur

⁸⁷ Par travail du patient, nous entendons l'activité du patient confronté à ce qu'il a à faire et non à son travail comme un ensemble de contraintes matérielles à adapter. Comme son nom l'indique, l'atelier geste professionnel vise le geste de travail et non l'adaptation du poste de travail. Cette adaptation peut cependant être pensée pendant l'atelier et reprise durant la visite en entreprise.

métier. Cette mise en mouvement peut être considérée comme l'un des résultats de l'intervention permettant par ailleurs la mise à jour de la structure dilemmatique du métier des ergothérapeutes confrontés à la question du travail des patients. Ceci démontre un développement du métier, mais un métier délicat proposant de multiples dilemmes quand cette question du travail du patient est en jeu.

Quatrième partie - Discussion : la boîte noire, les dilemmes de métier, réflexions théoriques et implications méthodologiques

Une des originalités du programme STMS au centre François Gallouedec - comme programme multidisciplinaire - est l'organisation systématique d'un atelier geste professionnel. C'est cet artefact organisationnel qui permet la réalisation de différentes tâches de mises en situation professionnelle réintroduisant ainsi la question du travail du patient au sein même de la prise en charge rééducative. Durant l'intervention menée, le travail de deux ergothérapeutes durant cet atelier a donné lieu à des analyses précises sur cette question, montrant la conflictualité de leur activité quand elles sont confrontées à la question du travail du patient. Cette tentative d'ouverture de la « boîte noire » des programmes multidisciplinaires a permis de s'intéresser au réel de l'activité des ergothérapeutes que nous avons traduit sous la forme de différents dilemmes de métier.

Nous allons maintenant reprendre ces dilemmes pour voir comment ils permettent de réinterroger les modèles sous-tendant les programmes multidisciplinaires sous de nouveaux angles. Que ce soit l'approche du changement, la fonction du social ou la conception du geste professionnel, nous verrons qu'il est possible d'appréhender ces différentes questions sous des angles différents en nous appuyons sur des approches théoriques de type historico-développementale.

Mais davantage qu'une confrontation théorique, c'est une mise en rapport d'un point de vue méthodologique qui semble plus féconde pour tenter d'articuler approche historico-développementale et modèles biopsychosociaux.

1. Boite noire et dilemmes de métier

Nous reprenons ici les dilemmes de métier, dégagées à partir de l'intervention, afin de présenter les nouvelles perspectives qu'ils nous offrent pour questionner les modèles théoriques sous-jacents aux programmes multidisciplinaires.

L'intervention menée au centre François Gallouedec selon une méthodologie historico-développementale est l'une des manières pour tenter d'ouvrir la « boîte noire » des programmes de restauration fonctionnelle. Cette approche a permis de s'intéresser au travail sous l'angle de l'activité des ergothérapeutes se préoccupant du travail des patients. La méthodologie choisie a permis de s'intéresser au travail réel des ergothérapeutes au travers de la reprise de leur expérience lors des autoconfrontations croisées permettant ainsi de dégager des situations dilemmatiques pour les ergothérapeutes. A partir de cette intervention, nous avons tenté, lors de ce travail de recherche, de formaliser trois dilemmes de métier. C'est le travail réel de ceux qui s'intéressent au travail des patients qui, formalisé autour de trois dilemmes de métier, permet de reprendre les modèles théoriques à nouveaux frais en réinterrogeant : leur vision du changement, la fonction accordée au social ou la conception véhiculée du geste professionnel.

La confrontation entre un but prescrit de réentraînement et un but reformulé d'entraînement permet de s'interroger sur la conception du changement qui est mobilisé lors d'une mise en situation professionnelle. Le ré-entraînement suppose un acquis antérieur vers lequel il faut tendre tandis que l'entraînement porte en lui l'idée d'un développement et d'une création. Ce premier dilemme des ergothérapeutes permet de confronter un modèle systémique visant un retour à l'équilibre (Engel, 1980) avec un modèle développemental considérant un dépassement possible du défaut ou de la déficience (Vygotski, 1994).

Le second dilemme porte sur l'objectif final visé par les ergothérapeutes lors de l'atelier geste professionnel. Il met en tension une recherche de solution biomécanique avec une volonté d'aider le patient pour qu'il puisse réaliser son travail quotidien. Ce dilemme ouvre une discussion sur la conception et la place respective du biologique et du social au sein des programmes multidisciplinaires. Les modèles biopsychosociaux (Engel, 1977, 1997; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs et Turk, 2007) ont permis de prendre en considération des éléments au-delà de ce que faisait le simple modèle biomédical. Cependant, en instaurant des niveaux ou des catégories, ces modèles explicitent plus ou moins la nature des rapports pouvant exister entre le bio, le psycho et le social (Gatchel et Mayer, 2012). Finalement, le travail du patient peut être pris comme un autre lieu d'expression, avec ses propres contraintes, d'un geste biomécanique réalisé en rééducation ; il peut aussi être considéré comme un nouvel objet, voire un nouveau but, pour la rééducation. Le dilemme des ergothérapeutes renouvelle la question du travail des patient en réinterrogeant la place accordée au social comme contexte contraignant ou ressource possible (Clot, 2010a) pour la rééducation.

L'atelier geste professionnel est le lieu d'expression de différentes techniques permettant la réalisation d'une tâche de mise en situation professionnelle. Ces techniques s'inscrivent dans un continuum en fonction du réalisme recherché pouvant aller de la mise en place d'un exercice à une tentative de simulation ou de fiction professionnelle. La fonction du travail du patient varie au sein de la tâche selon non seulement le degré de réalisme recherché mais aussi la nature de ce qui est considéré comme « réel ». C'est ainsi le rapport entre le geste produit en rééducation et le geste professionnel qui est réinterrogé. Le dilemme des ergothérapeutes permet de confronter une conception du geste professionnel comme l'expression d'une capacité fonctionnelle reproduite d'un cadre « paradigmatique » à une situation spécifique au travail (Curtis et al., 1994) et un geste professionnel conçu comme un instrument de l'activité (Tomás, 2013).

La vision du changement, la fonction du social ou la conception du geste professionnel sont autant de porte d'entrée nous permettant de réinterroger les modèles organisant les programmes de restauration fonctionnelle. Nous allons donc reprendre dans le détail les modèles d'Engel et de Mayer et Gatchel à l'aulne de ces différentes questions. Nous tenterons à chaque fois d'ouvrir des perspectives théoriques autres que celles propres aux modèles biopsychosociaux en nous inspirant des approches historico-développementale.

2. Une conception du changement chez le patient ou pour le patient

Le travail réalisé avec les ergothérapeutes a mis en discussion la conception du changement à l'œuvre lors de la rééducation de patients atteints de TMS. Le travail d'analyse a permis de différencier, au travers d'un dilemme éprouvé par les ergothérapeutes, un but prescrit de réentraînement des capacités physiques et un but reformulé d'entraînement à un nouveau geste professionnel. Ce but reformulé véhicule une autre conception possible du changement pouvant être mise en discussion avec celle portée par les programmes s'inspirant d'un modèle biopsychosocial de la restauration fonctionnelle. Mais justement, comment est conçu le changement dans le modèle biopsychosocial d'Engel et celui de la restauration fonctionnelle de Mayer et Gatchel ? Est-il possible d'envisager une conception différente dans le développement de la santé ? C'est ce que nous verrons à la fin de ce chapitre en abordant les phénomènes de compensation et de surcompensation avec Vygotski.

2.1. Le changement dans le modèle biopsychosocial d'Engel

Engel avoue que le terme « système », qu'il emploie pour définir son modèle, contient en lui le présupposé d'une configuration stable dans le temps et dans l'espace (Engel, 1980, p. 537). Ce sont les événements considérés comme extérieurs à ce système qui vont engendrer une perturbation ou un déséquilibre qu'il faudra corriger. Cependant, il avance aussi l'idée d'une dynamique interne à chaque système ou rien ne demeure statique. Chaque système est constamment en flux et influence les autres systèmes dans le temps. Engel considère ainsi que les systèmes vivants se caractérisent non seulement par leur stabilité mais aussi par une « capacité de changement »⁸⁸ (Engel, 1982, p. 803) sous les formes de la croissance, l'adaptation, la réparation, la guérison ou même au travers de la création de nouvelles formes. Il emprunte ainsi à Bertalanffy (1972) trois concepts de base d'un système :

- Premièrement, un système organisé est conçu comme un système ouvert dans un « flux equilibrium ». Un système se maintient de lui-même au travers d'un flux continu d'énergie et d'échanges avec d'autres systèmes. Pour les biologistes, à qui Engel emprunte sa vision des systèmes, il s'agit d'une vision du métabolisme comme étant une propriété intrinsèque de l'organisme (Drack, Apfalter et Pouvreau, 2007, p. 367).
- Deuxièmement, dans la lignée de la Gestalt, la finalité du système est de tendre vers un maximum d'organisation au travers d'une « transformation spontanée allant vers une forme 'meilleure' (à moins que la forme 'la meilleure' ne soit déjà réalisée) » (Lalande et Poirier, 2006, p. 373).

⁸⁸ « capacity for change »

- Troisièmement, chaque système aurait une « activité primaire ». Il ne ferait pas que simplement réagir au monde extérieur (Drack, 2009, p. 567).

Le modèle biopsychosocial est donc un système ayant une dynamique interne tendant à la recherche d'un équilibre, système soumis aux influences extérieures mais possédant aussi une capacité propre de changement. Reprenons le cas de « Mr Glover » évoqué lors de la première partie de cette thèse. Dans l'exemple d'Engel, le premier évènement à survenir est l'occlusion de l'artère coronaire. Il est facile de comprendre qu'un tel évènement entraîne des perturbations aux niveaux tissulaire et cellulaire. L'organisme, en tant que système, va tendre à réduire l'anomalie. D'une façon plus large les systèmes plus complexes vont tendre vers ce même objectif. C'est, par exemple, le cas du niveau « interpersonnel » (« two persons ») au travers de l'action du médecin.

Par contre, il est difficile de suivre Engel et de comprendre en quoi cette occlusion de l'artère coronaire est un évènement extérieur au système ? C'est seulement la conception d'un système à la base en équilibre qui a rendu nécessaire « l'extériorisation » de cet évènement. La conception du changement et de la nouveauté dans le modèle biopsychosocial est ainsi rendu problématique. Pour conserver une possibilité d'évolution au système, Engel lui attribue une « activité primaire » ou une « capacité de changement » propre à tout système. Il s'agit davantage d'un postulat que d'une explication. Le système est un lieu d'ordre et non de conflit entre forces motrices du changement.

2.2. Le changement dans le modèle de la restauration fonctionnelle

Dans le modèle de la restauration fonctionnelle, c'est la centralité de l'évaluation quantitative, pierre angulaire de l'ensemble de la démarche, qui va rendre possible les comparaisons à l'aide de chiffres et déterminer la conception du changement.

La levée des inhibitions psycho-comportementales mentionnées lors de la première phase du programme initial (Mayer et al., 1994) est un préalable, et non l'objectif visé par la restauration fonctionnelle qui demeure la récupération « quantitative » d'une performance physique. Cet aspect a largement été détaillé dans la première partie de cette thèse. Ajoutons simplement que, durant le programme, la quantification sert plusieurs destinataires pour remplir diverses fonctions (Mayer et al., 1986). Pour le patient, il s'agit d'un feedback objectif sur ses capacités et sur ses progrès dissociant l'évaluation de sa situation de la simple expérience présente de la douleur. Pour les professionnels de santé, l'évaluation est un guide permettant l'adaptation progressive des exercices, chaque catégorie de professionnel ayant ses propres évaluations. Le changement est donc perçu sous la notion de progrès. Les évaluations régulières des patients utilisent à la fois des données initiales du patient et des normes générales⁸⁹ comme

⁸⁹ Les normes sont variables en fonction des tests utilisés et se réfèrent le plus souvent à une population comparable sans problème de santé.

éléments de comparaison. Mais au final, les résultats sont évalués en référence à une norme : norme de progrès suite à un programme de restauration fonctionnelle ou norme présente dans une population de référence.

Durant la phase de rééducation intensive, c'est bien l'amélioration quantitative de la fonction physique, plus que la douleur, qui demeure le centre d'attention guidant le patient et les thérapeutes tout au long du programme : « l'accent mis sur la fonction plutôt que sur le soulagement de la douleur, c'est la définition de cet objectif principal qui distingue l'approche de la restauration fonctionnelle des autres programmes de rééducation de la colonne vertébrale »⁹⁰ (Kinney et al., 1991, p. 237). Kinney poursuit en expliquant que « comme dans toute approche de médecine du sport, le patient doit "aller au-delà" de la douleur pour tirer bénéfice des exercices de remise en forme »⁹¹ (Ibid., p. 237). C'est l'amélioration du fonctionnement physique qui engendre une altération inversement proportionnelle de la perception de la douleur. Une étude récente tend d'ailleurs à montrer que l'intensité douloureuse de la lombalgie n'aurait pas d'effet sur les réponses au programme (Caby et al., 2014). La rééducation, durant la phase intensive, n'est pas tant guidée par la complexité de la situation du patient que par la comparaison à une norme (de performance physique) établie au préalable. Les facteurs psychologiques et socioéconomiques sont davantage considérés comme des freins à lever ou comme des résultats secondaires aux progrès réalisés lors du programme.

La phase de suivi du programme participe à la responsabilisation progressive du patient vis-à-vis des résultats du traitement. Les professionnels agissent en soutien mais « le résultat final et la décision concernant les attitudes à tenir envers les activités quotidiennes et les tâches professionnelles à venir repose bien sur le patient »⁹² (Bendix et al., 1996, p. 89). Cette approche crée une dissociation au niveau du patient entre un potentiel et une réalisation concrète. D'une certaine manière, la restauration fonctionnelle sépare chez le patient un potentiel qui est l'objet du réentraînement (physique et psychologique) et une forme de réalisation concrète par le patient dans son milieu ordinaire (professionnel ou domestique). Le programme vise à « corriger » chez le patient ce qui est une « réaction physiologique inadapté » (par le biofeedback), « des comportements douloureux ou des cognitions inadaptées » (par le conditionnement opérant et les activités graduées) ou des « stratégies d'adaptation inadaptées »⁹³ (par des thérapies cognitivo-comportementales) (Roditi et Robinson, 2011). Mais le patient est estimé responsable de ce qu'il en fera par la suite. Or le patient « redevenu » travailleur devra composer avec d'autres buts que la préservation de sa santé.

⁹⁰ « the emphasis on function rather than pain relief as the primary goal sets the functional restoration approach apart from other spinal rehabilitation programs »

⁹¹ « as in any sports medicine approach, the patient must "push through" the pain in order to obtain the benefits of physical reconditioning exercises »

⁹² « the final outcome and the decision regarding attitudes towards daily activities and work tasks in the future rests of course with the patient »

⁹³ « maladaptive physiological reactions », « maladaptive pain behaviors [or] cognition », « maladaptive coping strategies »

2.3. Une autre conception du changement possible : la surcompensation

C'est précisément sur ce dernier point que les réflexions des patients affectent le travail des ergothérapeutes nécessitant la distinction entre un objectif d'entraînement et un objectif de réentraînement. La notion d'entraînement, comme concept quotidien, permet d'ouvrir une brèche dans la conception du changement vu comme un retour à l'équilibre ou comme le rapprochement à une norme. La question peut alors être débattue sur la conception du changement que l'on souhaite mettre en œuvre dans un atelier geste professionnel au sein d'un programme de restauration fonctionnelle. La manière dont Claire et Marie s'approprient le terme d'entraînement possède certaines similitudes avec le concept de surcompensation dans l'œuvre de Vygotski (1994).

Celui-ci critique l'approche uniquement quantitative limitant la vision de la déficience à un schéma « plus-moins ». S'intéressant à la déficience mentale, il avance que l'arriération mentale n'est pas vouée à devenir un handicap, qu'il est possible de l'envisager « comme un type particulier de développement, et non comme une variante quantitative du type normal » (Ibid., p. 62). Il fait l'analogie avec la pédagogie et la psychologie de l'enfant qui ont dû défendre le principe selon lequel l'enfant n'était pas un homme miniature. Pour Vygotski cela est d'autant plus important de concevoir une spécificité qualitative des mécanismes du développement que, pour lui, « une théorie ne peut pas se bâtir seulement sur des hypothèses négatives » (Ibid., p. 63). Le changement est alors essentiellement conçu en termes de différences qualitatives dans le développement et non uniquement quantitatives.

Le raisonnement de Vygotski s'appuie sur une conception dualiste du rôle des défauts organiques dans le développement des individus. Le défaut est à la fois un déficit mais il est aussi, de par les difficultés qu'il occasionne, une source de stimuli pour l'édification de compensation au contact du monde extérieur : « au contact du milieu extérieur, se manifeste un conflit provoqué par la dysharmonie entre l'organe (ou la fonction défectueuse) et la tâche à effectuer. Ce désaccord agit de manière à accroître les voies et les stimuli de compensation et de surcompensation » (Ibid., p. 66). Cette notion de surcompensation est empruntée à Alfred Adler (1927/2013) pour qui le « barrage » occasionné par le défaut se transforme en but pour les autres fonctions, devenant ainsi la source d'une force dynamique. Le rôle de l'action éducative⁹⁴ revient à aider à mobiliser cette énergie dans une tentative de dépassement du défaut par la voie du développement.

Mais Vygotski n'est pas un idéaliste naïf, la surcompensation n'est pour lui qu'une des issues possibles de la mobilisation des ressources contre la déficience : « la compensation peut avoir deux issues finales, la victoire et la défaite. Entre ces deux extrêmes, se distribuent tous les intermédiaires possibles » (Ibid., p. 67). Il existe donc une multitude de voies intermédiaires possibles pour le développement. La surcompensation ne doit pas non plus être confondue avec une forme de compensation mécanique d'une fonction par une autre. Par exemple, le toucher et l'ouïe

⁹⁴ Vygotski et Adler s'intéressent aux enfants déficients d'où l'intérêt pour une action éducative. Sur de nombreux points il serait possible de remplacer enfants déficients par patients atteints de TMS et action éducative par rééducation tout en conservant la pertinence du texte de Vygotski.

ne viennent pas remplacer directement la vue, ce serait négliger les instances sociales et psychologiques à l'œuvre dans toute activité humaine.

Pour bien comprendre, Vygotski reprend l'exemple d'Helen Keller qui, bien qu'aveugle, sourde et muette, a pu poursuivre des études, écrire des livres et devenir une militante au sein de divers mouvements féministes et pacifistes⁹⁵. Ses graves déficiences ont stimulé d'énormes forces de surcompensation mais qui ont pu trouver un relais en tant que phénomène socialement valorisé (ex. l'effort de ses parents pour lui trouver une éducatrice spécialisée, l'intérêt social et politique qu'elle a suggéré). Comme le dit Keller (1903) elle-même « si j'étais né au milieu de ces doctrines fatalistes, je serais encore dans les ténèbres, ma vie étant une terre désertique où aucune caravane de pensée ne pourrait passer entre mon esprit et le monde au-delà »⁹⁶ (p. 14). Dans la trajectoire exceptionnelle de Keller, il est difficile de dissocier ce qui lui appartient de ce qui a été fait pour elle au travers des attentes sociales⁹⁷. Le processus de surcompensation est donc déterminé par deux forces, « d'une part, par les exigences posées par la société en ce qui concerne le développement et l'éducation, et d'autre part, par les forces psychiques sauvegardées. » (Vygotski, 1994, p. 100). Les voies de la compensation ne sont donc ni totalement libres, ni totalement dépendantes des lois biologiques, le processus de développement est conditionné du point de vue social par la confrontation du défaut aux attendus sociaux⁹⁸.

Pour revenir au domaine de la rééducation, le développement de TMS ne serait que l'une des voies possibles du développement à partir de la déficience. Cette compensation manquée se « transforme, à l'aide de la maladie, en défense, en but fictif qui oriente toute la trajectoire de vie sur la mauvaise voie » (Ibid., p.94). Mais la défectologie de Vygotski n'est pas qu'une méthode de connaissance, elle doit être aussi une méthode d'action. Alors, le but de l'action du thérapeute « ne consiste pas à recouvrir l'endroit malade avec du coton, ni à préserver les blessures de toute les manières possibles, mais elle doit frayer une voie de dépassement du défaut qui soit la plus large voie possible de surcompensation. C'est pour cette raison, qu'il faut s'approprier l'orientation sociale de ces processus. » (Ibid., p. 100).

Il nous semble que le concept quotidien d'entraînement mobilisé par Claire et Marie est une manière d'envisager le changement visé pour le patient comme une voie de dépassement du défaut par la création de quelque chose de nouveau. « Celui qui travaille ne cesse, lorsqu'il n'en est pas empêché, de réinventer les fonctions de l'outil » (Clot,

⁹⁵ Encore aujourd'hui, la fondation « Helen Keller International » est active dans la lutte contre les causes et les conséquences de la cécité, de la mauvaise santé et de la malnutrition.

⁹⁶ « If I had been born in the midst of these fatalistic doctrines, I should still be in darkness, my life a desert-land where no caravan of thought might pass between my spirit and the world beyond ». Par doctrines fatalistes, Keller fait référence au Brahmanisme en Inde où avoir un enfant handicapé est perçu comme honteux.

⁹⁷ Malgré des talents exceptionnels, il est difficile de dire quelles trajectoires auraient eu Ray Charles sans les enregistrements audio ou, plus proche de nous, Philippe Croizon sans l'essor des médias.

⁹⁸ Si le défaut ne trouve pas d'expression sociale alors il n'y a ni handicap ni « sentiment d'infériorité » même si la déficience demeure. Cette conception du handicap se rapproche de celle de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) articulant déficience, incapacité et handicap. Le handicap étant perçu comme une restriction de participation sociale. Mais c'est uniquement sur ce point que se fait le rapprochement. La CIF n'envisage pas le rôle dualiste de la déficience qui n'est perçu que comme un déficit et non comme une source de stimuli pour l'édification de compensation.

2008b, p. 53), or le premier outil du patient est précisément son organisme. Plus précisément, « si l'organisme est à considérer comme un objet du milieu biologique et physique » (Bullinger, 2004, p. 21), il faut « habiter son organisme pour en faire son corps » (Ibid., p. 151). C'est justement cette reconquête de son propre organisme qui est « empêché », pas tant par la déficience, que par l'impossibilité de trouver de nouvelles voies de développements, de nouvelles façon d'en faire son instrument en s'appuyant sur les ressources biologiques, psychologiques et sociales à sa disposition.

Le dilemme éprouvé par Claire et Marie entre des buts d'entraînement et de réentraînement est d'abord un problème, que l'intervention a permis de transformer en ressource potentielle pour renouveler l'analyse de leur travail. C'est la question de leur travail au sein des programmes multidisciplinaires qui est enrichie en confrontant, et en leur permettant de mettre en dialogue, deux visions différentes du changement : un retour à l'équilibre ou un dépassement du défaut.

3. La fonction du social comme contexte ou comme ressource

La conflictualité à l'œuvre dans le travail des ergothérapeutes, confrontés à la question du travail des patients, met en tension une conception biologique et une conception sociale du patient comme sujet. Le travail des ergothérapeutes consiste-t-il à trouver des solutions biomécaniques à un problème gestuel ou s'agit-il d'aider le patient pour qu'il puisse réaliser son travail ? Si, comme nous le supposons, cette conflictualité prend la forme d'un dilemme de métier, alors il s'agit toujours de faire un choix dans l'objectif final visé lors d'une séance de rééducation. Les ergothérapeutes réalisent leur métier dans la conjonction toujours renouvelée entre les termes du dilemme. A partir de ce dilemme, c'est toute la question de la conception et de la fonction du social dans les modèles qui peut être réinterrogée. Quelle place est accordée au social dans le modèle hiérarchique intégratif d'Engel ? Comment la restauration fonctionnelle envisage la construction des programmes de rééducation en organisant les rapports entre biologique, psychologique et social ? Contexte ou frein, le social peut-il devenir une ressource ?

3.1. Différence de fonction entre le biologique et le social dans le modèle biopsychosocial d'Engel

En résolvant le problème de la séparation du corps et de l'esprit du modèle biomédical, le modèle biopsychosocial d'Engel (1980) organise une nouvelle dichotomie. La séparation en deux systèmes hiérarchiques autour de ce qu'Engel nomme le niveau « personne » (cf. supra. Figure 2, p. 31) ordonne un nouveau dualisme entre le social et le biologique⁹⁹. Dans les textes d'Engel, le corps semble s'apparenter seulement aux niveaux inférieurs du système hiérarchique qui va des « molécules » à la « biosphère ». Les composantes de l'esprit ou psychologiques sont-elles rattachées au niveau « personne ». Une sorte de focus s'organise autour de ce niveau. Peut-être est-ce ce focus qui incite Engel à scinder son modèle intégratif en deux hiérarchies distinctes : « en fait, il existe deux hiérarchies: l'individu singulier (la personne) est le plus haut niveau de la hiérarchie organique et en même temps l'unité la plus basse de la hiérarchie sociale »¹⁰⁰ (Ibid., p. 536). Cette scission organise un rapport entre d'un côté le biologique, de l'autre le social, avec pour trait d'union le niveau « personne » : bio-psycho-social¹⁰¹.

⁹⁹ « biologique » est ici pris dans le sens d'Engel de « hiérarchie organique » excluant le niveau « personne »

¹⁰⁰ « actually there are two hierarchies: the single individual (person) is the highest level of the organismic hierarchy and at the same time the lowest unit of the social hierarchy »

¹⁰¹ A l'origine, le modèle devait s'appeler « bio-psycho-social-cultural » (R. C. Smith, 2002, p. 310). Il est parfois difficile de distinguer les nuances entre les termes psychologiques, social, psychosocial voire culturel dans l'œuvre d'Engel. En s'appuyant sur le système hiérarchique nous pouvons tenter de préciser chacun de ces termes. La hiérarchie du bas (hiérarchie organique), incluant le niveau « personne », correspondrait au terme biologique, bien que le terme biologique renvoie parfois uniquement aux niveaux en dessous du niveau « personne ». Le terme psychosocial définirait la hiérarchie du haut incluant les niveaux les plus complexes, ce que semble confirmer Engel : « psychosocial refers to the higher levels of organisation in the natural

En poursuivant la logique intégrative décrite dans le modèle biopsychosocial, les éléments de la hiérarchie organique (biologique) et les éléments de la hiérarchie sociale sont présents au niveau « personne » mais de manières complètement différentes. Les concepts sémantiques d'hyperonymie et hyponymie¹⁰² permettent de comprendre cette différence de relation. Le niveau « personne » est l'hyperonyme (ou le superordonné) des niveaux purement biologiques qui le compose. Ce qui n'est pas le cas des éléments sociaux dont le niveau « personne » n'est lui-même qu'une composante prenant la fonction hyponyme. Donc, contrairement à ce qu'avance Smith (2002) lorsqu'il dit que « pour être scientifique, un modèle médical doit inclure les dimensions psychosociales en plus des aspects biologiques »¹⁰³ (p. 309), ce n'est pas par addition de termes équivalents que le modèle biopsychosocial propose d'intégrer les éléments psychologiques et sociaux mais bien par voie d'intégration.

Dans cette perspective, il n'y a pas d'équivalence de fonction du biologique et du social à l'intérieur du niveau « personne ». Cette non-équivalence impose à Engel l'instauration de ce nouveau dualisme entre biologie (hiérarchie organique) et social (hiérarchie sociale).

3.2. Du social comme résultat au concept de psychosocial dans le modèle de la restauration fonctionnelle

Du côté du modèle de la restauration fonctionnelle, le patient est appréhendé au travers d'une catégorisation de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Tous sont évalués et pris en charge conjointement lors d'un programme. Cependant, les délimitations de ces catégories ne sont pas sans poser certaines difficultés que reflète l'évolution de la terminologie utilisée dans les études sur la restauration fonctionnelle.

Durant la deuxième moitié des années 80, les facteurs physiques sont mis en parallèle avec les facteurs psychologiques (Mayer, Gatchel, et al., 1985). Les facteurs psychologiques regroupent un éventail très large recouvrant l'évaluation métrique des capacités intellectuelles, de la cognition, d'éléments psychopathologiques ou comportementaux. En complément du physique et du psychologique, on note la prise en compte d'une foule de données très diverses : sociodémographiques, réglementaires, fiscales et professionnelles. L'activité professionnelle est doublement considérée. Un recueil d'information sur les contraintes du poste de travail est effectué mais la nature et l'utilisation des données sont peu documentées. Le travail est davantage considéré sous l'aspect du retour à

hierarchy » (Engel, 1982, p. 803). Les termes social et culturel renverraient davantage à des niveaux ou des ensembles de niveaux complexes mais sans inclure le niveau « personne ». Quant au terme psychologique, il réfère aux éléments (comportement, émotions, sentiments...) propres au niveau « personne » dans leur « fonctionnement « normal » (pas pathologique) » (Berquin, 2010, p. 1512). Il est ainsi possible de lire biopsychosocial de deux manières différentes : biologique-psychologique-social ou biologique-psychosocial.

¹⁰² Par exemple, Etoile est l'hyperonyme (ou superordonné) de Soleil. Mais Etoile est aussi l'hyponyme d'Astre.

¹⁰³ « to be scientific, a model for medicine must include the psychosocial dimensions in addition to the biological aspects »

l'emploi du patient permettant une évaluation quantitative relativement simple de l'efficacité des programmes au travers d'une variable binaire : retour ou non-retour à l'emploi enrichi dans les études ultérieures par maintien ou non à son poste de travail au bout de X mois post programme. Cette évaluation entre dans la catégorie « résultats sociaux et économiques » (Ibid., p. 490). Nous interprétons cette multiplication initiale des facteurs analysés comme une recherche d'éléments statistiquement déterminants dans l'analyse des prises en charge de patients chroniques.

Les années 90 marquent un moment de flottement. Des termes comme psychologique et psychosocial sont employés alternativement ne recouvrant pas totalement les mêmes objets mais sans être vraiment distincts comme le montre la citation suivante : « même dans les lombalgies chroniques épisodiques, associé à une incapacité de travail minimale ou nulle, les forces socioéconomiques et psychologiques peuvent constituer des éléments essentiels expliquant la maladie et peuvent être masquées ou même intentionnellement dissimulées au médecin. De nombreux problèmes psychosociaux et socioéconomiques peuvent s'opposer au rétablissement du patient lombalgique, en particulier si l'invalidité est associée à un accident de travail »¹⁰⁴ (Mayer, 1999, p. 138). Cet extrait est tiré du paragraphe « les barrières psychologique/économique/sociale au rétablissement »¹⁰⁵. Mayer fait référence à une multitude de terme : socioéconomique, psychologique, psychosocial, socioéconomique. Plus loin, on retrouve les termes psychiatrique, économique et sociomédical. Peu de ces termes font l'objet d'une définition précise. Globalement, ces éléments appartenant aux catégories psychologiques ou sociales sont perçus comme des barrières à lever plutôt que comme des ressources pour mener à bien un programme de restauration fonctionnelle. « Psychologique » et « social » sont mieux définis au travers du rôle attribué aux psychologues et aux assistants sociaux¹⁰⁶ en charge de lever ces barrières : « les psychologues et les assistants sociaux doivent être disponible pour s'occuper des premiers problèmes psychologiques (ex. dépression, consommation de substances, psychose, etc.) et sociaux (ex. problèmes financiers, garde d'enfants, etc.) considérés comme des barrières à la participation au programme »¹⁰⁷ (Ibid., p. 141). Cette période marque l'apparition d'une nouvelle terminologie. Le terme psychosocial prend de l'ampleur et signe l'émergence de l'analyse de nouveaux facteurs (ex. satisfaction au travail) en plus de facteurs psychologiques pris, plus traditionnellement, sous leur versant pathologique (ex. dépression).

¹⁰⁴ « Even in chronic episodic CLBP, associated with minimal or no work disability, socioeconomic and psychological forces may be a vital component of the illness behavior and may be masked or even intentionally concealed, from the physician. Many psychosocial and socioeconomic problems may confront the patient recovering from a spinal disorder, particularly if disability from a productive lifestyle is associated with an industrial injury »

¹⁰⁵ « psychological/economic/social barriers to recovery »

¹⁰⁶ Il ne nous semble pas exister de traduction adéquate pour « disability manager » en Français. Dans le cas présent, la traduction par assistant social nous est apparue comme la plus proche au vue des problèmes traités.

¹⁰⁷ « Psychologists and disability managers should be available to deal with early psychological (e.g., depression, substance use, psychosis, and so on) and social (e.g., financial, transportation, child care needs, and so forth) barriers to program participation »

Depuis le début des années 2000, Mayer et Gatchel commence à faire explicitement référence au modèle biopsychosocial¹⁰⁸. Dans l'article de 2007, Gatchel se fait plus précis dans ce qu'il entend par biopsychosocial : « émotion, cognition, et comportement et fonctionnement cérébral (i.e., le fonctionnement biopsychosocial dans sa totalité) »¹⁰⁹ (Gatchel et al., 2007, p. 607). Mais cette définition semble mettre de côté des pans entiers à la fois du côté du social et du côté du biologique. La reprise en 2008 nous semble plus conforme à l'idée d'un modèle biopsychosocial : « par définition, le "bio" "psycho" "social" souligne l'importance des contributions interactives de facteurs dans chacun de ces domaines, et nécessite leurs évaluations individuelles. [...] pour continuer à comprendre les explications patho-anatomiques physiopathologiques des troubles de la colonne vertébrale (la partie bio de l'équation), ainsi que les autres facteurs pouvant être important (la partie psychosociale de biopsychosocial) »¹¹⁰ (Gatchel et Turk, 2008, p. 2831). Un flou est maintenu en découpant ensuite le terme biopsychosocial en 3 catégories de mesures : « physique, psychosociale [...], et socioéconomique »¹¹¹ (Ibid., p. 2831). Une nouvelle catégorisation est encore retrouvée un peu plus loin en distinguant des « facteurs biologiques, psychologiques, et sociologiques »¹¹² (Ibid., p. 2831).

Cette reprise succincte de la terminologie des catégories employées relève la même difficulté que nous avons pu noter chez Engel. Le terme biopsychosocial n'est pas univoque, sa lecture peut se faire de multiples manières : bio-psycho-social, bio-psychosocial, physique-psychosocial-socioéconomique... C'est là l'exemple de toute la difficulté d'un modèle biopsychosocial qui se veut holistique mais dont l'utilisation a tendance à dégager des catégories, et qui incite à se pencher sur les relations entre ses composantes. Le processus de catégorisation est, lui, peu interrogé.

Quoiqu'il en soit, le modèle biopsychosocial utilisé dans le cadre de la restauration fonctionnelle est de nature interactionniste : « pour comprendre pleinement la perception et la réponse d'une personne à la douleur et à la maladie, les interrelations entre les changements biologiques, le statut psychologique et le contexte socioculturel doivent tous être pris en considération »¹¹³ (Gatchel et al., 2007, p. 581). Ces relations semblent déjà prédéterminées : le biologique évolue, le psychologique est un état quand le socioculturel n'est qu'un contexte.

¹⁰⁸ « In terms of treatment issues, the most promising work on pain conducted thus far has embraced a BPS [biopsychosocial], interdisciplinary approach in which the mental health needs of patients require careful evaluation and treatment, along with the concurrent physical pain problem. » (Gatchel, 2004, p. 798).

¹⁰⁹ « emotion, cognition, and behavioral and brain processing (i.e., total biopsychosocial functioning) »

¹¹⁰ « by definition, the "bio" "psycho" "social" underscores the important interactive contribution of factors in each of these defining domains, and requires their individual assessments. [...] to continue to understand the pathoanatomic and pathophysiological explanations of spinal disorders (the bio part of the equation), as well as the psychosocial factors that may also be important (the psychosocial part of biopsychosocial) »

¹¹¹ « physical, psychosocial [...], and socioeconomic ». Dans l'extrait original, Gatchel et Turk ne détaillent pas les facteurs physiques au contraire des facteurs socioéconomiques (facteurs liés au lieu de travail, les exigences « contextuelles », la possibilité de revenus de remplacement de type pension d'invalidité) et des facteurs psychosociaux (les représentations, l'état affectif, le comportement et les ressources adaptatives - coping). Remarquons que les facteurs psychosociaux considérés indiquent un tournant vers une approche résolument cognitiviste et comportementale.

¹¹² « biologic, psychological, and social factors »

¹¹³ « in order to fully understand a person's perception and response to pain and illness, the interrelationships among biological changes, psychological status, and the sociocultural context all need to be considered »

Il est intéressant de noter qu'en partant de l'oubli par les « pain clinics » de l'organisme dans la compréhension de la douleur chronique (Mayer, Smith, Keeley, et al., 1985), ou de l'absence de prise en compte des facteurs psychosociaux par le modèle biomédical (Engel, 1977), le résultat aboutit à la même conclusion : l'absence de considération pour une catégorie de facteurs rend difficile la compréhension de la maladie (« illness »). Bien que cet intérêt soit partagé très tôt, la référence au modèle biopsychosocial et à Engel n'intervient que dans un second temps (Gatchel, 2004; Gatchel et al., 2007), avant d'installer définitivement la restauration fonctionnelle comme une approche biopsychosociale de la rééducation des troubles musculosquelettiques (Brede, Mayer et Gatchel, 2012).

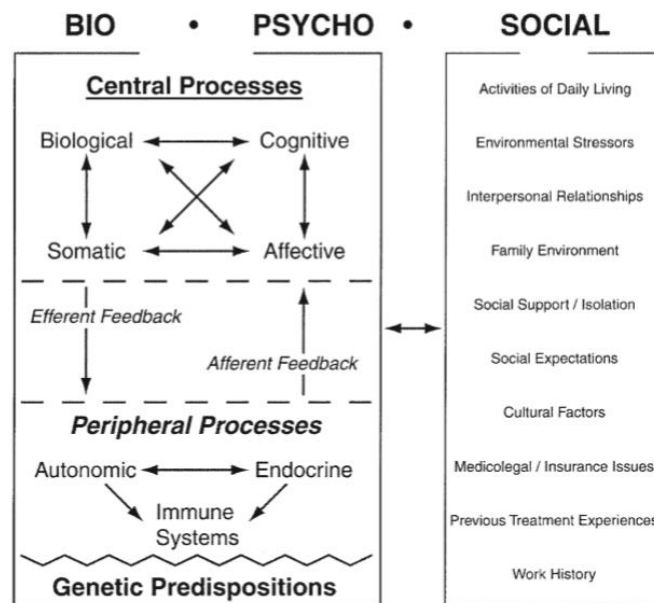


Figure 34. Modèle biopsychosocial des processus interactifs impliqués dans la santé et la maladie (Gatchel, 2004, p. 798)

Le modèle biopsychosocial de la restauration fonctionnelle propose « une interaction complexe et dynamique entre les facteurs physiologiques, psychologiques et socioéconomiques »¹¹⁴ (Gatchel et Mayer, 2012, p. 300). L'accent est mis sur les actions et les rétroactions entre les systèmes biologique et psychologique (Gatchel, 2004). Plus obscure, la place accordée au social semble différente au travers de l'effet de « médiateurs sociaux » (cf. Figure 34), voire se fonde dans le psychosocial : « nous devons continuer à comprendre les explications patho-anatomiques et physiopathologiques de la lombalgie (la partie bio de l'équation), ainsi que les facteurs psychosociaux qui peuvent être importants dans cette pathologie (la partie psychosociale du biopsychosocial) »¹¹⁵ (Gatchel et Turk, 2008, p. 2833).

¹¹⁴ « a complex and dynamic interaction among physiologic, psychological, and socioeconomic factors »

¹¹⁵ « we need to continue to understand the pathoanatomic and pathophysiological explanations of low back pain (the bio part of the equation), as well as the psychosocial factors that may be important in low back pain (the psychosocial part of biopsychosocial) »

3.3. Le social, une ressource possible ?

L'essor de l'emploi du terme de psychosocial, à partir des années 2000, n'a pas levé l'ambiguïté sur la conception et surtout sur la fonction du social déjà présente dans le modèle biopsychosocial d'Engel. Bien au contraire, la conception du social demeure vague et son contenu comme catégorie semble posséder une géométrie variable. D'un côté, il « peut désigner l'organisation du travail comme détermination unilatérale et mécanique du psychologique par le social anonyme des organisations du travail » (Miossec et Clot, 2011, p. 346). Cette conception ne tient pas compte de la conflictualité inhérente à l'activité des sujets en la réduisant à une simple adaptation aux organisations. Le travail des patients peut alors se résumer à la production de gestes professionnels conçus comme de simples réponses aux contraintes générées par l'organisation de travail, qu'il convient alors de modifier. Mais cela ne tient pas compte du « travail permanent des sujets pour agir sur les organisations et les conflits qu'elles génèrent dans leur activité » (Ibid. p.346). Dit autrement, modifier les artefacts de travail est, somme toute important, mais ne présage en rien de leur transformation, ou non, en instrument par le salarié. Il semble possible d'étendre le concept d'artefact au propre organisme du patient (Tomás, Simonet, Clot et Fernandez, 2009) dont l'amélioration est l'objet central d'un programme de restauration fonctionnelle.

D'un autre côté, on retrouve un social « personnalisé » désignant les relations directes entre les professionnels. Cela ne tient pas compte du fait que les rapports sociaux sont toujours médiatisés par des instruments matériels (outils techniques) et sociaux (langage, coopération).

Dans les deux cas, les éléments sociaux ont tendance à être perçus comme des freins voire un risque pour la santé et non comme des ressources potentielles. Le raccourci « facteurs psychosociaux » - que l'on retrouve dans les écrits scientifiques - désigne bien des « facteurs de risque psychosociaux » provenant de divers modèles contenant des éléments comme le manque de latitude décisionnelle et la pression temporelle (Karasek, 1979), le manque de soutien social au travail (Johnson et Hall, 1994) ou le manque de reconnaissance (Siegrist et al., 2004).

La notion de risques peut-elle évoluer vers la notion de ressources psychosociales ? Cela est rendu possible par la confrontation du sujet aux ressources psychologiques et sociales du métier pour qu'il puisse en faire des instruments de travail (Clot, 2010a) et non en ajoutant une gestion des risques psychosociaux à côté du travail, car ce ne sont pas tant les salariés que « l'organisation qui manque de ressources pour répondre aux demandes des opérateurs de pouvoir travailler correctement » (Ibid., p.111). C'est précisément ce que nous avons tenté de faire au travers de la mise au travail des ergothérapeutes dans le cadre dialogique des autoconfrontations croisées pour que le redoublement de l'expérience vécue du travail quotidien devienne une ressource pour le développement de leur activité. Ce redoublement mobilise davantage que des mots mais aussi un engagement, une motivation, des affects, les « plaisirs et déplaisirs inhérents à l'exercice de la confrontation » (Bonnemain, 2015). D'une certaine manière, il existe des similitudes entre l'intervention menée au centre François Gallouedec et ce que les ergothérapeutes tentent de faire lors des mises en situations professionnelles, pour qu'au travers de la précision de la simulation, « le patient y trouve ses solutions » (Extrait 11. Autoconfrontation croisée entre Claire et Marie : « ce n'est pas un cheval » §102).

La séparation entre un monde de la santé et un monde professionnel, parfois utilisée dans les discours, reflète la scission opérée par les modèles entre le bio-psycho d'une part et le social d'autre part. La rééducation et le travail peuvent alors être pris comme des contextes différents face auxquels le sujet, tantôt patient, tantôt travailleur, doit s'accommoder. Cependant et comme le souligne Leontiev (1984), ce faisant, l'on perd de vue l'essentiel « à savoir que l'homme ne trouve pas seulement dans la société des conditions extérieures auxquelles il doit adapter son activité, mais que ces conditions sociales mêmes portent en elles les motifs et les buts de son activité, ses moyens et ses modes ; en un mot, que la société produit l'activité des individus qui la composent » (p. 64). Ou, pour le dire à la manière de Vygotski (2004) : « l'individuel chez l'homme n'est pas le contraire du social mais sa forme supérieure » (p. 136). Plutôt que de concevoir l'action du patient dans un contexte de rééducation qui s'oppose parfois à un contexte de travail, il est possible de concevoir la situation comme un rapport entre plusieurs activités du sujet, chacune avec sa propre dynamique et entretenant des relations complexes. Or, il nous semble que c'est bien ce que révèle le dilemme des ergothérapeutes souhaitant : analyser un problème biomécanique ou aider les patients à pouvoir réaliser leur travail. C'est bien la dynamique des rapports entre les deux parties du dilemme qui est décisive pour le travail des ergothérapeutes. Dans quelle mesure, l'une peut être l'objet ou l'instrument de l'autre ? Comment le travail du patient, d'abord source d'un problème, peut devenir une ressource pour la rééducation, pour qu'en retour la rééducation (ex. apprentissage de principes biomécaniques) soit d'abord une source d'interrogation (ex. comment concilier les principes biomécaniques avec mon travail) du patient vis-à-vis de son travail avant d'en devenir potentiellement une ressource (développement du geste professionnel). Ce n'est finalement pas autre chose que se posent comme question Claire et Marie en s'interrogeant sur comment le travail du patient peut les aider à réaliser leur propre travail de mise en situation professionnelle et, qu'inversement, un nouveau geste biomécaniquement acceptable puisse aider le patient à pouvoir faire son travail. La rééducation est une nouvelle arène, avec de nouveaux acteurs et de nouveaux destinataires, où se rejoue la lutte entre préservation de la santé et performance au travail. Le travail du patient, comme « social », n'est pas seulement un contexte à l'extérieur des individus ou même partagé entre eux, on le « découvre aussi dans l'individu lui-même qui doit "faire avec lui" à tous les sens du terme » (Clot, 2008b, p. 11). Il ne s'oppose pas à la rééducation mais en est une partie constitutive au travers de l'activité, ou plutôt du rapport d'activité à l'œuvre chez le patient.

Finalement, le dilemme éprouvé par les ergothérapeutes entre un but biologique et un but social lors de l'atelier geste professionnel a pu trouver un nouveau destinataire en la présence du chercheur lors de l'intervention. Les interrogations soulevées ont pu être reprises dans le cadre des autoconfrontations mais peuvent s'essouffler et se refermer sur les ergothérapeutes si elles ne sont pas reprises à un autre niveau permettant le renouvellement des destinataires. La question demeure difficile car elle interroge le périmètre des programmes multidisciplinaire et leur organisation au-delà du seul travail des ergothérapeutes. Pourtant ce dilemme permet de réinterroger une question importante dans la manière dont l'organisation des programmes de restauration fonctionnelle mobilise les rapports entre biologique, psychologique et social.

4. Le geste professionnel comme résultat d'une capacité fonctionnelle ou comme instrument de l'activité

La mise en situation professionnelle en rééducation est une tâche fréquemment dévolue aux ergothérapeutes sans pour autant faire l'objet de descriptions précises (Bendix et al., 2000; Désiron, de Rijk, Van Hoof et Donceel, 2011; Hernandez, 2010; Mayer, 1999; Pétry et Xénard, 1996; Stana, Bouchez, Fanello et Richard, 2015). Cette même tâche peut ainsi être le lieu d'expression de techniques différentes, tendant vers un exercice ou une simulation en fonction du degré et de la fonction donnée au réalisme, comme nous avons pu le voir au travers des analyses sur leur travail réalisées avec Claire et Marie. La simulation, dont la référence reste le simulateur pleine échelle « qui cherche à reproduire la situation de travail dans toutes ses dimensions »¹¹⁶ (Pastré, 2011, p. 7), n'est pas atteignable au vu du contexte de la rééducation : poste de travail en entreprise différents pour chaque patient d'une même session de réentraînement, le matériel à disposition est parfois très éloigné de celui utilisé dans l'entreprise, les ergothérapeutes ont peu de temps de préparation et doivent s'en remettre au seul discours des patients pour décrire le poste de travail quand la visite en entreprise n'a pas encore eu lieu. L'atelier geste professionnel permet davantage l'utilisation de ce que nous avons nommé une fiction professionnelle, comme une technique voulant mobiliser le travail des patients d'une manière différente qu'un simple exercice. Le travail de co-analyse réalisé avec les ergothérapeutes durant l'intervention permet de réinterroger la place du travail du patient dans la construction des programmes de restauration fonctionnelle au travers des techniques qui peuvent s'y déployer. A proprement parlé, le modèle d'Engel n'apporte que peu de ressource pour penser la question. Par contre, le dilemme éprouvé par les ergothérapeutes, entre mettre en place un exercice ou une fiction professionnelle, leur permet de réinterroger la manière dont est considéré le geste professionnel des patients. Le découpage du travail en tâches fonctionnelles par le modèle de la restauration fonctionnelle va permettre d'orienter la rééducation sur des capacités fonctionnelles propres au patient dont le geste professionnel ne sera que l'une des variétés d'expression. Il est aussi possible de concevoir le geste au-delà de son expression organique en le considérant comme un instrument de l'activité d'un sujet.

4.1. Le geste professionnel comme expression d'une capacité fonctionnelle

Dans le modèle de la restauration fonctionnelle, l'abord de l'activité des patients par la notion de tâches fonctionnelles tend à cibler la question du travail du patient autour de l'évaluation « paradigmatique » des fonctions évaluées. Par exemple, le problème du port de charge sera pris en compte à partir des capacités des patients au travers

¹¹⁶ Simulation pleine échelle ou simulation de résolution de problèmes (Pastré, 2005), la question de la situation didactique (Brousseau, 2011) générée lors d'une mise en situation professionnelle est intéressante mais mériterait d'importants développements dépassant le cadre de cette thèse se focalisant sur l'activité des ergothérapeutes.

d'un test standardisé comme le PILE (cf. supra p.38). C'est l'évolution, au cours de la rééducation, de la mobilisation de son organisme par le patient dans ce cadre standardisé qui servira de référence à la question du port de charge. L'évaluation des capacités fonctionnelles n'est pas tant une mesure du « réel » que l'objet réel de la restauration fonctionnelle. Par « réel », il faut comprendre la recherche d'une forme pure et non altérée du geste par des facteurs psychosociaux ou socioéconomiques. Ce qui est « réel » serait donc une sorte de geste à la fois aux performances optimum et répétable dans le temps, mesuré par l'évaluation des capacités physiques du patient. Cette conception du « réel » renforce l'hypothèse que le modèle s'intéresse peu au travail du patient. Ce qui est « réel » aux yeux de la restauration fonctionnelle est le résultat produit lors de l'évaluation : « l'isocinétisme [...] permet la mesure de la capacité réelle de la force »¹¹⁷ (Kishino et al., 1985, p. 926). Le geste réalisé par le patient est toujours suspicieux et ne reflète qu'en partie le « vrai mouvement [...] limité par la peur et la sensation de douleur du patient »¹¹⁸ (Mayer et al., 1994, p. 393). L'attention de la restauration fonctionnelle va donc se porter vers la mesure d'un potentiel dont l'évaluation va être jugée reproductible. Un geste non contraint par un protocole expérimental est jugé susceptible de trop de variabilité, c'est-à-dire que ses différentes réalisations dans le temps varient trop pour satisfaire à l'exigence de répétabilité d'un protocole scientifique. Celui qui va être « réel », répétable, dans le cadre de la restauration fonctionnelle, semble bien être celui soumis à l'évaluation protocolisée. Même s'il n'est pas possible de douter de sa « réalité » comme produit de la rééducation, il semble plus incertain d'identifier ce geste optimum et répétable lors de l'évaluation à celui réalisé quotidiennement au travail.

En exerçant la même démarche d'esprit au niveau du poste de travail du patient, il devient possible de rechercher une forme générique d'exigences liées à l'emploi. C'est ce que propose, entre autre, le DOT¹¹⁹ avec une classification des exigences physiques en 5 niveaux selon les emplois. Donc, pour peu de posséder ce référentiel des contraintes biomécaniques d'une profession construit de façon similaire aux évaluations réalisées en rééducation, il devient possible de définir dans un programme de restauration fonctionnelle des « objectifs spécifiques pour faire correspondre les capacités de port de charge aux exigences de l'emploi »¹²⁰ (Curtis et al., 1994, p. 402). Mais le travail est-il réductible à la profession ?

Ainsi que nous l'avons déjà évoqué, le modèle de la restauration fonctionnelle considère le travail comme un résultat à évaluer et peine à le considérer comme une ressource possible. Dans l'étude de Fore (2015), 14% des personnes de retour en emploi occupent un poste demandant des contraintes physiques supérieures à leurs potentiels post rééducations. L'explication qu'elle en donne nous semble symbolique pour notre propos. Pour cette auteure, la peur du mouvement amène à sous-estimer les capacités maximales de certains patients en fin de rééducation. Ces patients réintégrant un emploi auraient gagné en confiance s'autorisant à travailler dans un poste au-delà des capacités évaluées. Elle suppose qu'ils ont aussi pu continuer des exercices de reconditionnement chez eux après la prise en

¹¹⁷ « isokinetics [...] allows measurement of the actual¹¹⁷ force output capability »

¹¹⁸ « true motion is [...] restricted by the fearful and pain-sensitive patient »

¹¹⁹ Pour rappel, classification américaine des professions dont l'équivalent en France serait les codes ROME.

¹²⁰ « specific goals for matching lifting capacity to job demands »

charge et gagner ainsi en capacité physique. Les hypothèses de Fore ne mettent en avant que des explications psychologiques ou physiques et toujours focalisées sur la personne. Aucune n'envisage la diversité même des postes de travail. Le travail n'est pas non plus envisagé sur son versant social comme une ressource potentielle permettant au salarié de trouver dans les différentes dimensions du métier le soutien nécessaire au développement de son geste professionnel que ce soit au travers de l'organisation, des collègues ou de la mémoire de l'histoire des techniques.

4.2. Le geste professionnel comme instrument de l'activité

A l'heure actuelle, la restauration fonctionnelle tend à être intégrée dans une démarche de réadaptation plus globale faisant une large part à l'intervention en milieu de travail. Nous avons déjà évoqué le modèle de Sherbrooke/PREVICAP comme référence en la matière et le dispositif COMETE France proposant une Démarche Précoce d'Insertion socioprofessionnelle au sein même des centres de rééducation. Pour autant, cet intérêt pour la question de l'insertion professionnelle du patient ne règle pas la difficile question de la place accordée au travail au sein même des programmes de restauration fonctionnelle. Bendix (1996) évoque déjà la difficulté de la question : « évaluer le niveau d'employabilité est plus difficile que ce que nous avons cru auparavant »¹²¹ (p. 91).

Bien que ne visant pas spécifiquement les programmes de restauration fonctionnelle, la critique de Pransky (Pransky, Shaw, Franche et Clarke, 2004) est sévère envers les modèles de la rééducation physique visant le reconditionnement. Il considère que les modèles rééducatifs se rapprochent davantage d'un modèle médical que d'un réel modèle biopsychosocial : « le résultat final est souvent similaire [entre le modèle médical et rééducatif] : un simple document est transmis à autrui mais qui ne répond pas aux préoccupations subjectives des travailleurs »¹²² (Ibid., p. 628). Pour lui, une des limites est la difficulté à simuler l'environnement de travail quand les facteurs psychosociaux et organisationnels contribuent de manière significative au handicap. Par ailleurs, comme Pransky, nous pensons que, même si la rééducation inclue des ateliers sur les préoccupations liées au retour à l'emploi, le but ultime demeure le renforcement physique et la réassurance, et non la résolution des problèmes du salarié de retour à son poste de travail. Cela est bien résumé par les propos d'une personne handicapée dans l'ouvrage de Claude Veil (1968) « on essaie de liquider les gens qui posent des problèmes plutôt que les problèmes que les gens posent » (p. 57). Ces modèles accordent une valeur importante à la collecte de mesures fiables des capacités fonctionnelles pour produire une évaluation définitive sur la capacité à travailler. Ils s'intéressent plus difficilement à comment le patient/salarié fera pour faire ce qu'on lui demandera de faire de retour à son poste de travail.

¹²¹ « assessing the level of workability is much more difficult than previously believed ». Littéralement, le terme « workability » peut se traduire par « maniabilité », dans le contexte où Bendix l'utilise, il nous a semblé plus opportun de le traduire par le terme « d'employabilité ».

¹²² « the ultimate result is often similar: a single document transmitted to others that does not address subjective concerns of workers »

Le modèle de la restauration fonctionnelle, organisant les programmes du même nom, laisse peu de place à la question du travail singulier de chaque patient. Cette question du travail qui, paradoxalement, sous son versant retour à l'emploi, est l'un des principaux critères d'évaluation de l'efficacité des programmes. Ceci n'est pas sans créer un problème potentiel pour les ergothérapeutes dans la prise en charge concrète de chacun de leurs patients en tant que référents supposés du domaine professionnel. Curtis relève le point clé, mais probablement trop négligé, de la performance : « quand les patients sont obligés de reprendre une tâche de port de charge avec d'autres positions que celles utilisant au mieux leurs capacités restantes, on peut anticiper une baisse de performance, de la fatigue et l'utilisation de postures inhabituelles »¹²³ (Curtis et al., 1994, p. 404). Dans l'objectif de remobiliser des zones déconditionnées, ou pour préserver certaines parties de contraintes pathogènes, les ergothérapeutes sont amenés à proposer au patient de modifier la réalisation de leurs gestes ; intention louable, mais qui occulte des pans entiers de la nature d'un geste. Le geste n'est pas qu'une simple réalisation, c'est avant tout un instrument de l'activité de la personne (Clot et Fernandez, 2005; Tomás, 2013). Il est actionné par un mobile en direction d'un but. Il est possible de pousser la question du côté du rapport entre corps et organisme en reprenant la distinction entre ces deux notions que nous avons introduite précédemment en nous appuyant sur Bullinger (2004). Avec la différence introduite par Rabardel entre l'instrumentation orientée vers le sujet et l'instrumentalisation orientée vers l'artefact (Rabardel, 1995), il est possible de concevoir l'organisme comme un artefact (Tomás, 2012) et le corps comme un instrument. La perte de performance notée par Curtis est potentiellement un problème pour le patient dans l'instrumentation de son corps là où le thérapeute y voit une solution via l'instrumentalisation de l'organisme. D'une autre manière, c'est ce que révèle Edwards (2006) en décrivant le raisonnement hypothético-déductif du clinicien basé sur une approche expérimentale positiviste et générant une relation de type instrumental¹²⁴.

Les mises en situation professionnelles, souvent évoquées dans la restauration fonctionnelle mais peu décrites, se confrontent directement à la complexité du rapport instrumental entre corps et organisme loin de toute simplicité mécaniste.

Les dilemmes de métier éprouvés par les ergothérapeutes ont été à l'origine des objets de débat supportant le développement des dialogues en autoconfrontations croisées. Ce sont ces mêmes dilemmes qui nous ont incités à réinterroger les modèles théoriques servant de sous-bassement aux programmes de restauration fonctionnelle selon trois angles différents : l'appréhension du changement, la fonction du social et la conception du geste professionnel.

¹²³ « when patients are forced to resume lifting demands in positions other than those that most favorably use their remaining resources, a decrement in performance capability with fatigue and unusual positions can be anticipated »

¹²⁴ Edwards met en parallèle un autre type de raisonnement clinique de type « narratif » s'appuyant sur des bases interprétatives pour favoriser une relation de type communicatif. Cette approche de type communicatif suppose un savoir dépendant du contexte, socialement construit et donnant la possibilité de multiples réalités : « Communicative learning is concerned with understanding what others mean when they communicate » (Edwards, Jones et Hillier, 2006, p. 6).

Chacun de ces trois aspects peut se prêter à la discussion d'un point de vue théorique. Ce constat étant posé, comment faire cohabiter des approches aussi différentes que celles d'Engel, Mayer et Gatchel avec la méthodologie historico-développementale déployée lors de l'intervention ? Il s'agit de dépasser la simple juxtaposition d'approches théoriques diverses sans être tenter de les opposer. Il nous semble possible de poursuivre la discussion d'un point de vue méthodologique.

5. L'importance de s'intéresser au travail de ceux qui se préoccupent du travail des patients

Comme nous avons tenté de le mettre en évidence, les dilemmes de métier, dégagés à partir de l'intervention menée, permettent d'interroger les modèles de la restauration fonctionnelle sous des angles particuliers liés à l'exercice du métier d'ergothérapeute. La réflexion sur les modèles biopsychosociaux a ainsi pu être poussée et mise en parallèle avec des ressources théoriques issues d'approches différentes notamment de type historico-développementale. Bien qu'intéressante, comment dépasser la simple juxtaposition entre ces deux approches ? Il nous semble possible de renverser la perspective du rapport entre modèles biopsychosociaux et perspectives historico-développementale en l'abordant non plus d'un point de vue théorique mais méthodologique.

Si nous conservons le principe d'une intervention historico-développementale visant le développement du pouvoir d'agir des professionnels qui y sont associées, alors les modèles biopsychosociaux et les recherches attenantes peuvent devenir une ressource dans le cadre même de l'intervention. Dans cette perspective, il est possible de s'inspirer d'interventions ayant mobilisés des données biologiques soumises ensuite aux professionnels participants à une intervention visant le développement de leur métier comme par exemple dans le cadre de Taekwondoïste (Tomás, 2018), d'une blanchisserie industrielle (Fernandez, 2015) ou d'ouvrier en usine d'assemblage de camion¹²⁵ (Zare Mahmoudabadi, 2015). Les recherches évoquées utilisent la mise en forme d'analyses biomécaniques comme instrument de l'intervention et artefact mis à la disposition des professionnels du métier. Même si la nature des artefacts n'est pas tout à fait similaire, certaines données pouvant être issues du travail des ergothérapeutes (comme par exemple le taux de retour à l'emploi) ou des données issues de recherches scientifiques dans le domaine de la restauration fonctionnelle peuvent remplir la même fonction. Les données issues des modèles biopsychosociaux peuvent alors servir à enrichir l'analyse des situations dilemmatiques dans le cadre des autoconfrontations et permettre le développement de nouvelles ressources en stimulant l'activité dialogique des participants lors d'une démarche historico-développementale. L'intervention permettrait ainsi la transformation de la fonction des données biopsychosociales, de résultats en instruments potentiel du développement du métier pour les ergothérapeutes. C'est dans cette nouvelle articulation positionnant les modèles biopsychosociaux comme une ressource potentielle dans une intervention de type historico-développementale qu'il nous semble possible d'organiser une relation entre ces approches.

¹²⁵ Même si cette intervention ne s'inscrit pas dans une perspective historico-développementale, elle utilise en partie la méthode des autoconfrontations. Nous retenons ici essentiellement une partie de la démarche d'intervention consistant à présenter des données issues d'enregistrement biomécaniques aux professionnels ayant participé à la mesure.

Paradoxalement, les modèles biopsychosociaux, ressources potentiels pour le développement du métier, sont aussi ceux qui organisent la « boîte noire » autour du travail des thérapeutes mais aussi des patients. Cela nous renforce dans l'idée de la pertinence de la tentative d'articulation de ces modèles avec une approche historico-développementale qui, elle, permet de s'intéresser au travail réel des professionnels. Un des résultats de cette recherche est donc bien de montrer toute l'importance d'ouvrir la « boîte noire » des programmes de restauration fonctionnelle. C'est pour cela que nous souhaiterions terminer cette discussion en revenant sur l'importance de s'intéresser au travail de ceux qui se préoccupent eux-mêmes du travail des autres. Plus précisément, quelle suite est-il possible d'envisager aux débats engagés à partir du travail réel des ergothérapeutes ?

Mais revenons tout d'abord sur les deux questions qui ont guidées ce travail de recherche :

- Quelles sont les dilemmes de métier des ergothérapeutes quand leur tâche porte sur le travail des patients ?
- Dans quelle mesure les dilemmes formalisés, à partir du travail fait avec les ergothérapeutes, nous permettent de réinterroger la manière dont sont utilisés les modèles sous-jacents aux programmes de restauration fonctionnelle ?

L'intervention menée au centre Gallouedec a permis répondre à la première question en formalisant trois dilemmes de métier quand les ergothérapeutes se confrontent à la question du travail du patient dans une tâche de mise en situation professionnelle. Que ce soit au travers de questions autour du changement, de la place du social ou de la conception du geste professionnel, il est possible de retrouver des articulations et des points de recoupement entre les trois dilemmes de métier mobilisant à chaque fois des registres différents. Cela semble cohérent avec le concept de dilemme tel que nous l'avons mobilisé comme formalisation d'une conflictualité, entre ou à l'intérieur des registres du métier, qui a tendance à achopper.

Les dilemmes de métier nous ont ensuite aidés à répondre à notre seconde question de recherche en montrant comment ils peuvent contribuer au renouvellement de la question du travail des patients au sein de programmes multidisciplinaires s'inspirant de modèles biopsychosociaux et de la restauration fonctionnelle. Les trois dilemmes des ergothérapeutes poussent la réflexion sur comment l'institution interprète différentes questions lors de la conception des programmes : un changement visé chez ou pour le patient ; la place du social comme frein à lever ou ressources potentielles ; la conception du geste professionnel entre capacités fonctionnelles et instrument de l'activité. C'est donc bien le travail réel des ergothérapeutes qui a permis d'enrichir la question du travail du patient réinterrogeant par-là la manière dont il est possible de se saisir des modèles biopsychosociaux. D'une certaine manière, cet enrichissement nous a permis de mettre au dialogue Engel, Mayer et Gatchel avec Vygotski et Clot, ou les modèles biopsychosocial et de la restauration fonctionnelle avec la défectologie et la clinique de l'activité. Ce dialogue nous semble davantage fécond s'il s'inscrit dans une perspectives méthodologiques plutôt que théorique.

Mais comment poursuivre le débat instauré entre les ergothérapeutes, initié par l'intervention, en prolongeant le dialogue au niveau institutionnel ? Comment l'institution, dans la conception même des programmes multidisciplinaires, peut se saisir du travail entrepris avec les ergothérapeutes pour réinterroger la façon dont elle se saisit des modèles théoriques ? Nous faisons l'hypothèse que la question du travail, renouvelé par les trois dilemmes auxquels se confrontent les ergothérapeutes, peut servir de ressources pour réinterroger la manière dont l'institution s'approprie les modèles théoriques dans la conception des programmes multidisciplinaires. Comme nous l'avons vu au début de ce travail de thèse, les modèles théoriques négligent doublement le travail, que ce soit celui des professionnels de santé ou celui du patient. Notre recherche réinterroge la question du travail des patients au travers de l'activité des ergothérapeutes. C'est tout le travail des ergothérapeutes qui est réhabilité comme pouvant enrichir, à la fois la question de la prise en charge du travail des patients, mais aussi des organisations de travail lors de programmes multidisciplinaires. Il ne s'agit pas uniquement d'une question abstraite de conception du travail au sein des programmes, mais bien d'une question concrète de rapport au travail du patient dans l'activité de ceux qui s'y intéressent. La question du travail est ainsi doublement réhabilitée. A partir de là, il semble important de pouvoir continuer à enrichir la conflictualité du métier des ergothérapeutes pour maintenir la vitalité de ce dernier sur la question du travail des patients. Le travail réel des ergothérapeutes – et peut être au-delà celui de tous les professionnels de santé - ne doit pas être perçu comme le simple résultat d'une organisation de travail ; il doit pouvoir devenir une ressource pour la transformation même de l'organisation et donc des programmes pour, qu'en retour, cette transformation devienne une ressource pour le travail des professionnels. Ces transformations, du côté du registre impersonnel du métier, peuvent avoir lieu par la reprise des débats du collectif d'ergothérapeutes à un autre niveau qui est celui de l'institution, permettant l'enrichissement du dialogue avec de nouveaux destinataires et de nouveaux objets. De ce point de vue, l'espacement des comités de pilotage et la variation de ses membres peuvent être vu comme une limite à l'intervention qui a été menée en permettant difficilement la reprise du dialogue initié avec les ergothérapeutes au niveau institutionnel.

L'intervention, qui a été menée avec les ergothérapeutes du centre Gallouedec, nous a amené à centrer les analyses sur un objet qui peut paraître limité au regard de la diversité de ce que recouvre le travail d'ergothérapeutes dans un centre de rééducation. Or les analyses réalisées avec les ergothérapeutes ont permis l'émergence de questions importantes pour le métier. Cela leur a permis de s'engager, avec le chercheur, dans l'analyse de leur travail quand ils sont confrontés au travail du patient. Ce sont les difficultés instruites avec les ergothérapeutes qui ont permis de faire émerger, lors de la réunion bilan, la question du travail du patient comme un objet potentiel à discuter et à retravailler au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Même si ces questions n'ont pas complètement trouvé de voies de résolution au sein du cadre organisé par l'intervention, il nous semble néanmoins que cette recherche montre l'intérêt d'engager des dialogues et de provoquer des débats à partir du travail réel des professionnels.

Cette double réhabilitation du travail, à laquelle nous avons essayé de contribuer, nous semble importante voire nécessaire car le travail du patient n'est pas une question qui se laisse facilement exclure d'une prise en charge rééducative. Sans lieu pour être approfondie, elle émerge sous des formes diverses et s'impose dans le travail des professionnels de santé. Les dilemmes auxquels sont confrontés les ergothérapeutes montrent que cette question ne se laisse pas non plus simplifier aux seuls problèmes du retour à l'emploi ou des capacités fonctionnelles. C'est pourquoi, il est important de s'intéresser au travail des professionnels confrontés à la question du travail des patients. Le travail ne doit pas rester une boîte noire largement occultée par des modèles théoriques se focalisant sur les patients et les pathologies. D'une certaine manière, cette question du travail qui a animé notre propre travail de thèse interroge aussi les modèles de la santé ou de la maladie en tant que modèle de rééducation et de réadaptation.

Conclusion

En atteignant le terme de ce travail de thèse nous souhaitons aborder cette conclusion à la fois comme une synthèse et un moment d'ouverture vers de nouvelles interrogations.

Dans l'introduction, nous avons présenté les raisons à l'origine de ce travail de thèse. Les patients atteints de troubles musculo-squelettiques poursuivant un programme multidisciplinaire reconnaissent tout l'intérêt de la rééducation. Mais ils s'interrogent, et interrogent régulièrement les thérapeutes, sur la reproductibilité de ce qu'ils apprennent pour pouvoir réaliser leur travail au quotidien. Bien que n'étant pas le seul destinataire de cette remarque, ce discours nous interpellait en tant que psychologue du travail : pourquoi pouvions-nous entendre ces propos de façon si récurrente ? C'est la question de départ qui nous a poussés à nous engager dans un travail de recherche.

L'étude de la littérature scientifique a permis de révéler qu'il existait un double point aveugle sur la question du travail au sein des programmes multidisciplinaires, que ce soit le travail des patients, abordé essentiellement sous l'angle de l'emploi, ou le travail des professionnels de santé eux-mêmes. Nous avons choisi d'aborder ce double point aveugle sous l'angle du travail de ceux qui s'intéresse au travail des patients. Cela nous a permis de rompre avec ce que nous avons nommé la « tentation du patient » qui tend à focaliser les recherches sur ce dernier et donc à occulter le travail des professionnels de santé. La perspective de cette recherche, dont l'origine est une remarque des patients à destination des professionnels de santé, s'est donc complètement renversée pour s'intéresser au travail des professionnels de santé confrontés à la question du travail des patients. La question du travail était ainsi doublement positionnée.

Cette recherche a donc débuté par une intervention au centre de rééducation François Gallouedec en adoptant une méthodologie développementale propre à la clinique de l'activité. Le dispositif a permis de faire émerger une demande d'un collectif d'ergothérapeutes sur la question de leur travail dans le but de soutenir le développement de leur pouvoir d'agir. Il s'est avéré que la question du travail du patient était incontournable lors d'une prise en charge rééducative et pouvait émerger sous des formes et à des moments très divers. Un des résultats révèle que la question du travail des patients génère régulièrement des obstacles dans l'activité des ergothérapeutes même lors d'un atelier spécifiquement dédié au geste professionnel. Les ergothérapeutes en charge de cet atelier ont ainsi souhaitées poursuivre l'analyse de leur propre travail en demandant à renouveler les séquences d'autoconfrontations pour « voir si c'était toujours aussi difficile ».

Cette demande de réitérer une série d'autoconfrontations signait la preuve de l'engagement des ergothérapeutes à vouloir renouveler la question du travail du patient au sein de leur propre activité. C'est en cherchant à comprendre cette demande pour poursuivre l'analyse de ce qui est jugé difficile que nous avons émis l'hypothèse que les ergothérapeutes se confrontaient à des difficultés récurrentes sous la forme de dilemmes de métier. C'est la confrontation renouvelée aux obstacles, cette répétition sans répétition (Bernshteïn, 1996) organisée dans le cadre des

autoconfrontations, qui a permis aux ergothérapeutes d'éprouver - dans tous les sens du terme - la conflictualité du métier. C'est ce qui leur a permis une plus grande différenciation entre ce qui, dans le métier, relève de l'organisation du travail, de l'histoire collective des professionnels et de l'activité de chacun d'eux. C'est suite à ces résultats de l'intervention, et à partir d'un modèle du métier mobilisé à partir de la clinique de l'activité, que nous avons pu procéder à une formalisation de la conflictualité sous la forme de dilemmes à l'intérieur et entre les différents registres du métier.

Les analyses du corpus, issu des autoconfrontations croisées, permettent de dégager trois dilemmes de métier quand le travail des ergothérapeutes porte sur le travail des patients dans le cadre d'un atelier geste professionnel :

- Le premier dilemme auquel se confrontent les ergothérapeutes met en rapport un but prescrit de réentraînement des capacités physiques du patient avec un but reformulé d'entraînement à un nouveau geste professionnel. L'amélioration des capacités physiques est une ressource nécessaire mais non suffisante si l'on veut que le patient puisse développer de nouvelles façons de faire son travail et éviter ainsi la répétition d'un geste souvent supposé à l'origine des troubles musculo-squelettiques.
- Le second dilemme met en scène la nature même de l'aide que souhaitent apporter les ergothérapeutes au patient au travers de l'atelier geste professionnel : s'agit-il d'analyser un problème biomécanique qui reste à identifier ou s'agit-il d'aider la personne pour qu'elle puisse réaliser son travail quotidien ? Pour les patients, les solutions « biomécaniques » qui permettent de préserver leur intégrité physique ne sont pas toujours celles permettant de réaliser au mieux leur travail. Pour les ergothérapeutes, il s'agit, toujours, d'un choix à faire dans l'objectif final que l'on se fixe avec le patient. Au travers de ce dilemme, c'est le périmètre même du métier d'ergothérapeute, entre biologique et social, qui est réinterrogé.
- Le troisième dilemme est centré autour de la fonction du réalisme dans une mise en situation professionnelle. Les techniques déployées par les ergothérapeutes s'organisent sur un continuum allant de la mise en place d'un exercice visant l'apprentissage de techniques gestuelles, à la création d'une fiction professionnelle dont l'horizon est le développement du geste professionnel du patient.

Ces résultats autour des dilemmes de métiers nous ont amené à ouvrir une discussion sur le renouvellement possible de la question du travail au sein des programmes multidisciplinaires. Nous avons ainsi repris trois questions spécifiques soulevées par les dilemmes. Quelle conception du changement est mobilisée ? Quelle place et quelle fonction est accordée au social ? Faut-il concevoir le geste professionnel comme une production de capacités physiques dans un contexte donné ou comme un instrument de l'activité ? Ces différentes questions ont permis la reprise sous différents angles des modèles biopsychosociaux à l'origine des programmes multidisciplinaires que ce soit celui d'Engel (1980) ou celui de la restauration fonctionnelle de Mayer et Gatchel (1988). Nous avons aussi montré la possibilité d'aborder ces différentes questions à partir d'autres modèles théoriques issus d'approches développementales. L'objectif n'est pas d'opposer les théories entre elles, mais de démontrer que la remise en

perspective des modèles biopsychosociaux permet de les concevoir différemment que comme de simples résultats acquis. Cela permet un changement de fonction potentiel pour des thérapeutes qui peuvent ainsi en faire une ressource pour poursuivre le développement de leur métier dans une perspective développementale.

La reprise des modèles sous-jacents aux programmes multidisciplinaires à partir des dilemmes de métier, donc du réel de l'activité des ergothérapeutes, a ainsi contribué à une double réhabilitation de la question du travail que la théorie a tendance à occulter. L'approche biopsychosociale de la santé et de la maladie tend à se focaliser sur un patient fractionné en être biologique et psychologique évoluant dans un environnement social. C'est l'organisation des rapports entre ces critères, ou ces niveaux, qui permet toute une gamme possible de modèles biopsychosociaux. Or, ces modèles sont poussés dans leur retranchement par les dilemmes qui ont pu être formalisés. Ces dilemmes reflètent le dynamisme présent dans toute activité humaine, redonnant une place centrale au concept d'activité telle que nous avons pu le définir. C'est ainsi tout le travail des professionnels de santé qui peut être reconsidéré pour enrichir les modèles en les transformant en véritable modèle de rééducation, considérant à la fois le patient, mais aussi le travail des thérapeutes. C'est donc bien le travail réel des professionnels de santé qui a permis de renouveler la question du travail du patient. Notre recherche tend à montrer qu'ainsi l'activité des professionnels, mis sous forme de dilemmes de métier, peut aussi devenir une ressource pour la conception des programmes et pour la transformation des organisations de travail.

La synthèse de notre travail de thèse et les résultats obtenus nous permettent de conclure en ouvrant sur deux nouvelles séries de questions s'adressant simultanément aux praticiens et aux chercheurs. Une première série de questions nous amène à nous interroger sur les dilemmes de métier, leurs portées potentielles et la méthode permettant de les formaliser :

- Le travail réalisé avec le collectif d'ergothérapeutes a pris un objet qui peut sembler limité au regard de la diversité des tâches qu'ils sont amenés à réaliser. Pour autant, cette focalisation sur leur travail, quand le travail du patient est en jeu, a permis aux ergothérapeutes de traiter en profondeur de questions importantes pour le métier. Ce sont ainsi les obstacles et les ressources mobilisables face à ces questions qui ont été mise en débat durant les autoconfrontations croisées. La phase de recherche a permis de dévoiler certains dilemmes de métier en donnant une forme à la conflictualité du travail des ergothérapeutes. Les dilemmes peuvent alors, à leur tour, devenir des objets de discours mais aussi des instruments pour la transformation du métier. Mais comment faire en sorte que cette mise en forme de dilemmes, essentiellement issue du travail de recherche, ne reste pas à l'état de résultat et devienne un nouvel objet pouvant être remis au travail par les participants de l'intervention, ergothérapeutes et institution, pour peu qu'ils s'en saisissent ?
- Les dilemmes de métier présentés dans cette recherche ont-ils un caractère générique ? Un dilemme peut être considéré comme « générique quand il est spécifique aux professionnels d'un même genre » (Prot, 2011, p. 199) malgré la diversité des formes d'expressions visible au travers des styles propres de chaque professionnel. C'est ainsi le repère que l'on appartient au même genre professionnel. Le contenu des

dialogues des autoconfrontations réalisées lors de l'intervention, dont nous n'avons présenté qu'une fraction, et la reprise des préoccupations par le collectif d'ergothérapeutes lors des groupes travail au-delà du seul atelier geste professionnel, nous donnent des indices sur le probable caractère générique des dilemmes rencontrés. L'analyse en profondeur du travail, réalisée avec les ergothérapeutes du centre Gallouedec, mériterait d'être reproduite dans un autre cadre afin de le confirmer. Cela permettrait aussi de connaître quelles autres ressources peuvent être mobilisées face aux dilemmes soulevés par la question du travail du patient dans le cadre de programmes multidisciplinaires ? Construit lors de la conception du programme STMS, l'atelier geste professionnel est une ressource organisationnelle mobilisable par les ergothérapeutes du centre Gallouedec confrontés à la question du travail des patients. Il serait intéressant de regarder dans le détail les diverses ressources sociales et psychologiques qui ont pu se développer ou non dans d'autres centres de rééducation.

- Nous pouvons aussi nous demander dans quelle mesure les résultats de cette recherche sur des dilemmes du métier d'ergothérapeute peuvent avoir un intérêt pour d'autres professions ? Signalons simplement qu'une présentation d'une partie de notre recherche devant deux médecins du travail lors d'un séminaire au Cnam a su trouver un écho au-delà des seuls ergothérapeutes. Certes, les dilemmes de métier tels que nous les concevons sont nécessairement différents pour un médecin du travail ou un ergothérapeute, mais les dilemmes des ergothérapeutes semblent pouvoir susciter un intérêt et devenir des instruments de renouvellement des débats pour d'autres métiers. Sur le plan théorique, cela permet aussi de se réinterroger sur le caractère spécifique des dilemmes.
- D'une manière plus générale, comment améliorer la méthode permettant de dégager les dilemmes de métier à partir des transformations des objets de discours ? Les transformations des objets de discours de Sitri (2003) et le modèle du métier en quatre registres (Clot, 2007, 2008b; Miossec et Clot, 2011; Simonet et Clot, 2014) s'appuient en partie sur des ressources théoriques communes pour l'analyse de l'activité langagière. Il faudrait pouvoir affiner leur articulation, tant d'un point de vue théorique que pratique. Comment certains outils de la linguistique peuvent aider à approfondir l'analyse de l'activité des sujets afin de mieux suivre les mouvements et les empêchements dans, et entre, les registres du métier lors d'un discours oral spontané. ?

Une seconde série de questions, nous amène à élargir le champ des discussions possibles avec les modèles théoriques utilisés en rééducation. Comme nous l'avons déjà dit, nous avons abordé ce travail de recherche en nous appuyant sur le modèle biopsychosocial d'Engel et de la restauration fonctionnelle de Mayer et Gatchel. Il s'agissait des deux modèles nous semblant rendre le mieux compte des références utilisées lors de la construction de programmes multidisciplinaires à destination de patients atteints de troubles musculo-squelettiques chroniques. Or, le monde de la rééducation recèle de nombreux modèles pouvant être autant de références pour les professionnels. La discussion commencée avec l'approche historico-développementale, portée en France actuellement par la clinique de l'activité, peut être poursuivie avec d'autres modèles utilisés en rééducation :

- Le premier d'entre eux pourrait être celui de la Classification Internationale du Fonctionnement - CIF (Edwards et Jones, 2007). Davantage une classification qu'un modèle, elle a été développée pour « proposer un langage uniforme et normalisé ainsi qu'un cadre pour la description des états de santé et des états connexes de la santé » (Ibid, p. 3). La CIF devait permettre de dépasser les limites de l'ancienne Classification Internationale du Handicap en renforçant l'importance des facteurs environnementaux. Cependant, cette classification porte en elle un certain nombre de contradictions. Sans pouvoir entrer dans le détail, retenons simplement que la CIF nous semble être davantage un modèle politique dans sa volonté d'établir un langage commun, parfois dans une perspective militante, qu'un modèle scientifique en tant que tel comme le souligne Fougeyrollas (2002) en communiquant son propre vécu de participant lors de sa création. Toutefois, la CIF s'établit comme une référence dans un certain nombre de recherches, mais aussi dans les pratiques quotidiennes en rééducation, en organisant des distinctions entre une déficience des fonctions organiques et des structures du corps, une limitation d'activité et une restriction de participation. Le terme d'activité n'est pas sans poser difficulté. Dans la CIF, il est pris dans son sens anglo-saxon de « quelque chose qui est fait ou qui se fait par intérêt ou par loisir »¹²⁶ (*Longman dictionary of contemporary English*, 1994). Le sens du mot est plus proche de celui d'occupation que de celui d'activité, tel que nous l'avons utilisé tout au long de cette recherche. Pour autant qu'il soit central dans de nombreuses recherches, le terme d'activité ne se laisse pas facilement saisir et porte en lui toute la complexité et la richesse de son histoire (Schwartz, 2007).
- C'est ce terme d'activité, ou d'occupation selon les traductions, qui sert de pivot à la révolution paradigmatique du métier d'ergothérapeute opérée à la fin du XX^{ème} siècle dans les pays anglo-saxons (Duncan et Townsend, 2015) que nous retrouvons de façon décalée en France (Morel-Bracq, 2017). Après l'amélioration du fonctionnement de la personne par la mise en activité puis la focalisation sur le fonctionnement des systèmes internes, l'occupation devient le centre de la discipline (Kielhofner, 2009). Ce renversement de paradigme participe au développement de modèles généraux interprofessionnels ou plus spécifiques à l'ergothérapie. Ce sont autant de nouvelles ressources pour le travail des ergothérapeutes et la conception des programmes multidisciplinaires. C'est ainsi une foule de nouvelles interrogations qu'il est possible de poursuivre à partir du travail que nous avons ébauché. Le modèle sociologique de Processus de Production du Handicap (Fougeyrollas, 2010) permet-il de comprendre uniquement la compensation de la déficience ou bien aussi son dépassement possible ? Comment comprendre les rapports entre biologique, psychologique, social et occupation dans le modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance (Christiansen, Baum et Bass, 2011) ? A partir du travail de l'ergothérapeute, comment sont conçus les

¹²⁶ « Something that is done or being done [...] for interest or pleasure »

rappports entre affect, but et quantification dans le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Townsend et Polatajko, 2013) ?

Activité, occupation, travail, performance, environnement, il est souvent difficile de s'y retrouver au travers des différents modèles tant l'emploi de certains termes est largement partagé tout en étant porteur de sens parfois très éloignés. Néanmoins, ces concepts sont autant de nouvelles arènes possibles permettant de renouveler les débats professionnels. Nous partageons avec Kielhofner (2005) le constat qu'il existe un « écart » entre la production de savoirs académique et les pratiques des professionnels. Mais cet « écart » ne doit pas être vu comme une lacune ou un défaut, mais peut-être, au contraire, comme l'opportunité d'un dialogue possible pour des professionnels devant sans cesse faire face au réel et adapter continuellement leur travail. Davantage qu'une frontière, c'est un véritable dialogue qu'il est nécessaire de nourrir à partir du réel de l'activité humaine, permettant ainsi aux modèles de devenir, par la suite, autant de nouvelles ressources pour l'exercice et le développement du métier.

Bibliographie

- Adler, A. (1927/2013). *The Practice And Theory Of Individual Psychology*. Hoboken : Taylor and Francis.
- Adler, R. H. (2009). Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(6), p.607-611. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.08.008
- Aitken, R. C. et Cornes, P. (1990). To work or not to work: that is the question. *British Journal of Industrial Medicine*, 47(7), p.436-441.
- Alaranta, H., Rytökoski, U., Rissanen, A., Talo, S., Rönnemaa, T., Puukka, P., ... Slätis, P. (1994). Intensive physical and psychosocial training program for patients with chronic low back pain. A controlled clinical trial. *Spine*, 19(12), p.1339-1349.
- Alnaser, M. Z. (2009). Psychosocial issues of work-related musculoskeletal injuries and adaptation: A phenomenological study. *Work*, (2), p.123-132. doi:10.3233/WOR-2009-0798
- ANACT. (2008). L'approche économique des TMS... Intégrer la prévention à la performance.
- Anagnostis, C., Mayer, T. G., Gatchel, R. J. et Proctor, T. J. (2003). The Million Visual Analog Scale: Its Utility For Predicting Tertiary Rehabilitation Outcomes. *Spine*, 28(10), p.1051-1060. doi:10.1097/01.BRS.0000061989.94487.9B
- Andersson, G. B. (1981). Epidemiologic Aspects on Low-Back Pain in Industry. *Spine*, 6(1), p.53-60. doi:10.1097/00007632-198101000-00013
- Andersson, G. B. (1999). Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet (London, England)*, 354(9178), p.581-585. doi:10.1016/S0140-6736(99)01312-4
- Arnaudo, B., Magaud-Camus, I., Sandret, N., Coutrot, T., Floury, M. C., Guignon, N., ... Waltisperger, D. (2004). Exposition aux risques et aux pénibilité du travail de 1994 à 2003: Premiers résultats de l'enquête SUMER 2003. *DARES - Premières Informations et Premières Synthèses*, 52(1).
- Azanmasso, H., Lahrabli, S., Alagnide, E., Ahannougbé, C., Tournier, S., Andresz, V., ... Boivin, J. (2016). Devenir des lombalgiques chroniques à distance d'une restauration fonctionnelle du rachis : à 3 et 42 mois. *Journal*

de *Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 36(2), p.99-106. doi:10.1016/j.jrm.2016.04.003

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

Bakhtine, M. (1998). *La poétique de Dostoïevski*. Paris : Éd. du Seuil.

Bakhtine, M. (2003). *Pour une philosophie de l'acte*. Lausanne : L'Age d'Homme.

Balas, S. (2011). *Le référentiel, un outil de formation, un instrument de développement du métier. Le métier de masseur-kinésithérapeute en référence*. (Thèse Formation des Adultes). Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.

Beaudreuil, J., Kone, H., Lasbleiz, S., Vicaut, E., Richette, P., Cohen-Solal, M., ... Orcel, P. (2010). Efficacité d'un programme de restauration fonctionnelle pour lombalgie chronique : étude prospective sur un an. *Revue du Rhumatisme*, 77(3), p.291-295. doi:10.1016/j.rhum.2009.11.025

Bender, C. (1998). Bakhtinian perspectives on « everyday life » sociology. Dans *Bakhtine and the Human Sciences*. (Sage Publications, p. p.181-195). London.

Bendix, T., Bendix, A. F., Busch, E. et Jordan, A. (1996). Functional restoration in chronic low back pain. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 6(2), p.88-97. doi:10.1111/j.1600-0838.1996.tb00076.x

Bendix, T., Bendix, A., Labriola, M., Hastrup, C. et Ebbelhøj, N. (2000). Functional restoration versus outpatient physical training in chronic low back pain: a randomized comparative study. *Spine*, 25(19), p.2494-2500.

Benoist, M. (2007). Physiopathologie, évolution naturelle et résolution de la lombalgie. Dans *Alternatives à l'arthrodèse lombaire et lombosacrée* (p. p.19-26). Elsevier. doi:10.1016/B978-2-84299-844-8.50003-3

Bernshtein, N. A. (1996). On dexterity and its development. Dans *Dexterity and its development*. Mahwah, N.J. : L. Erlbaum Associates.

Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Med Suisse*, 6(258), p.1511-1513.

Bertalanffy, L. v. (1972). The History and Status of General Systems Theory. *The Academy of Management Journal*, 15(4), p.407-426.

- Bonnefond, J. Y. (2016). *L'intervention dans l'organisation en clinique de l'activité : le dispositif « DQT » RENAULT à l'usine de Flins*. (Thèse pour le doctorat en psychologie). Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.
- Bonnemain, A. (2015). *Les paradoxes de l'intensité affective dans l'autoconfrontation. L'exemple de l'activité dialogique des chefs d'équipe de la propreté de Paris*. (Thèse pour le doctorat en psychologie). Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.
- Bontoux, L., Roquelaure, Y., Billabert, C., Dubus, V., Sancho, P. O., Colin, D., ... Richard, I. (2004). Étude du devenir à un an de lombalgies chroniques inclus dans un programme associant reconditionnement à l'effort et action ergonomique. Recherche de facteurs prédictifs de retour et de maintien au travail. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 47(8), p.563-572. doi:10.1016/j.annrmp.2004.03.006
- Borrell-Carrio, F., Suchman, A. L. et Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), p.576-582. doi:10.1370/afm.245
- Bournel-Bosson, M. (2005). *Les organisateurs du mouvement dialogique : Autoconfrontations croisées et activité des conseillers en bilans de compétences* (Psychologie). Paris.
- Brede, E., Mayer, T. G. et Gatchel, R. J. (2012). Prediction of failure to retain work 1 year after interdisciplinary functional restoration in occupational injuries. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(2), p.268-274. doi:10.1016/j.apmr.2011.08.029
- Bres, J. (2005). Savoir de quoi on parle : dialogue, dialogal, dialogique ; dialogisme, polyphonie... Dans *Dialogisme et polyphonie: approches linguistiques: actes du colloque de Cerisy*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Briec, C. (2013). *Syndicalisme: « l'impersonnel » à l'épreuve. Le cas d'une section départementale du SNUIPP-FSU*. (Psychologie du travail). CNAM, Paris.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, Mass : Harvard University Press.
- Brousseau, G. (2011). La théorie des situations didactiques en mathématiques. *Éducation et didactique*, 5(1), p.101-104. doi:10.4000/educationdidactique.1005

- Bruner, J. (2014). Culture et esprit: une féconde incommensurabilité. Dans C. Moro et N. Muller Mirza (dir.), *Sémiotique culture et développement psychologique*. Villeneuve d'Ascq, France : Presses universitaires du Septentrion.
- Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars: un parcours de recherche*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Burke, S. A., Harms-Constas, C. K. et Aden, P. S. (1994). Return to work/work retention outcomes of a functional restoration program. A multi-center, prospective study with a comparison group. *Spine*, 19(17), p.1880-1885.
- Caby, I., Olivier, N., Mendelek, F., Bou Kheir, R., Vanvelcenaher, J. et Pelayo, P. (2014). Restauration fonctionnelle du rachis : effet du niveau initial de douleur sur les performances des sujets lombalgiques chroniques. *Pain Research Management*, 19(5), p.133-138.
- Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique* (12e édition). Paris : Puf.
- Caroly, S., Coutarel, F., Escriva, E., Roquelaure, Y., Schweitzer, J. et Daniellou, F. (2008). *La prévention durable des TMS : Quels freins ? Quels leviers d'action ?* PACTE; ANACT; LEEST; Equipe d'Ergonomie Bordeaux.
- Charaudeau, P. (2009). Dis-moi quel est ton corpus, je te dirai quelle est ta problématique. *Corpus*, (8), p.37-66.
- Cherin, P. et de Jaeger, C. (2011). La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. *Médecine & Longévité*, 3(3), p.137-149. doi:10.1016/j.mlong.2011.08.002
- Christiansen, C., Baum, C. M. et Bass, J. (2011). The Person—Environment—Occupational Performance Model. Dans *Foundations for Practice in Occupational Therapy* (5th ed., p. p.93-104). London : E.A.S. Duncan.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail* (PUF).
- Clot, Y. (2002). De Vygotski à Léontiev via Bakhtine. Dans *Avec Vygotski* (2e éd. augm). Paris : La Dispute.
- Clot, Y. (2004). Action et connaissance en clinique de l'activité. *Activités revue électronique*, 1(1), p.23-33.
- Clot, Y. (2007). De l'analyse des pratiques au développement des métiers. *Education et didactique*, 1(1), p.82-93.
- Clot, Y. (2008a). La recherche fondamentale de terrain : une troisième voie. *Education Permanente*, (177), p.67-78.
- Clot, Y. (2008b). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Clot, Y. (2010a). *Le travail à coeur: pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Decouverte.

- Clot, Y. (2010b). Pourquoi l'activité dans la clinique du travail. Dans *Agir en clinique du travail* (p. p.13-25). Toulouse : Érès.
- Clot, Y. (2011). Théorie en clinique de l'activité. Dans *Interpréter l'agir: un défi théorique* (p. p.17-39). Paris : Presses universitaires de France.
- Clot, Y. (2015). Clinique du travail et clinique de l'activité. Dans *Perspectives en clinique du travail* (p. p.226-246). ERES. doi:10.3917/eres.clot.2015.01.0226
- Clot, Y. et Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail : Concepts et méthodes. *Travailler*, 4, p.7-42.
- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G. et Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée: une méthode en clinique de l'activité. *Pistes*, 2(1), p.1-7.
- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G. et Scheller, L. (2001). Entretiens en autoconfrontation croisée: une méthode en clinique de l'activité. Dans *Clinique de l'activité et pouvoir d'agir* (Education permanente, p. p.17-25).
- Clot, Y. et Fernandez, G. (2005). Analyse psychologique du mouvement : apport à la compréhension des TMS. *Activités revue électronique*, 2(2), p.68-78.
- Clot, Y. et Leplat, J. (2005). La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail. *Le travail humain*, 68(4), 289. doi:10.3917/th.684.0289
- Clot, Y., Litim, M., Zittoun, M. et Prot, B. (2008). *Education à la conduite et à la sécurité routière*. (Rapport d'étude). Paris : Ministère de l'équipement, Direction de la conduite et la sécurité routière.
- Clot, Y. et Simonet, P. (2015). Pouvoirs d'agir et marges de manœuvre. *Le travail humain*, 78(1), p.31-52.
- Cofemer. (2007). Techniques Rééducation-Réadaptation: Objectifs - Définition. *Collège Français des enseignants universitaires de la médecine physique et de réadaptation*.
- Cosnier, J. (1998). *Le retour de psyché: critique des nouveaux fondements de la psychologie*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Côté, A.-M., Durand, M.-J., Tousignant, M. et Poitras, S. (2009). Physiotherapists and use of low back pain guidelines: a qualitative study of the barriers and facilitators. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(1), p.94-105. doi:10.1007/s10926-009-9167-2

- Croft, P. R., Macfarlane, G. J., Papageorgiou, A. C., Thomas, E. et Silman, A. J. (1998). Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 316(7141), p.1356-1359.
- Curtis, L., Mayer, T. G. et Gatchel, R. J. (1994). Physical progress and residual impairment quantification after functional restoration. Part III: Isokinetic and isoinertial lifting capacity. *Spine*, 19(4), p.401-405.
- Da Costa, B. R. et Vieira, E. R. (2009). Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies. *American Journal of Industrial Medicine*, p.285-323. doi:10.1002/ajim.20750
- Daniellou, F. (1996). Introduction : Questions épistémologiques autour de l'ergonomie. Dans *L'ergonomie en quête de ses principes : Débats épistémologiques* (p. p.1-17). Toulouse : Octarès.
- Darré, J.-P. (1994). *Pairs et experts dans l'agriculture: dialogues et production de connaissance pour l'action*. Ramonville Saint-Agne (Haute-Garonne) : Erès.
- Darré, J.-P. (1996). *L'invention des pratiques dans l'agriculture: vulgarisation et production locale de connaissance*. Paris : Editions Karthala.
- Dascal, M. (1995). Observations sur la dynamique des controverses. *Cahiers de Linguistique Française*, (17), p.99-121.
- Denis, D., Lortie, M., St-Vincent, M., Gonella, M., Plamondon, A., Delisle, A. et Tardif, J. (2013). *Programme de formation participative en manutention manuelle: fondements théoriques et approche proposée* (IRSST). Montréal, Qué. : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Desarménien, A. (2012). Santé Travail Membre Supérieur: de la construction d'un dispositif à l'émergence d'un réseau pluridisciplinaire et interinstitutionnel. Dans *Actes 49èmes Journées Santé Travail du CISME* (vol. Tome II). Paris.
- Désiron, H. A., de Rijk, A., Van Hoof, E. et Donceel, P. (2011). Occupational therapy and return to work: a systematic literature review. *BMC Public Health*, 11(1). doi:10.1186/1471-2458-11-615
- Direction générale de la santé. (2003). *Dossiers lombalgies*.
- Donskoff, C. (2011). Place de la prise en charge globale dans la lombalgie chronique. *Revue du Rhumatisme*, 78, p.79-82. doi:10.1016/S1169-8330(11)70016-3

- Drack, M. (2009). Ludwig von Bertalanffy's early system approach. *Systems Research and Behavioral Science*, 26(5), p.563-572. doi:10.1002/sres.992
- Drack, M., Apfalter, W. et Pouvreau, D. (2007). On the making of a system theory of life: Paul A Weiss and Ludwig von Bertalanffy's conceptual connection. *The Quarterly Review of Biology*, 82(4), p.349-373.
- Duboscq, J. et Clot, Y. (2010). L'autoconfrontation croisée comme instrument d'action au travers du dialogue : objets, adresses et gestes renouvelés. *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol 4, 2(2), p.255-286.
- Dubost, J. et Lévy, A. (2002). Recherche-action et intervention. Dans *Vocabulaire de psychosociologie: références et positions* (p. p.391-416). Ramonville-Sainte-Agne : Erès.
- Duncan, E. A. S. et Townsend, E. A. (2015). *Foundations for practice in occupational therapy*. Edinburgh : Churchill Livingstone.
- Durand, M. J. (2009). Pour un retour durable en emploi - Mesurer la marge de manoeuvre du travailleur. *Prévention au travail*, p.26-27.
- Durand, M. J., Berthelette, D., Loisel, P. et Imbeau, D. (2012). Étude de la fidélité de l'implantation d'un programme de réadaptation au travail auprès de travailleurs de la construction ayant une dorsolombalgie. *Pistes.revues*. Repéré à <http://pistes.revues.org/763>
- Durand, M. J., Chantal, S., Fassier, J. B., Tremblaye, D., Shaw, W. S., Anema, J. R., ... Bernier, M. (2017). *Troubles musculosquelettiques Revue réaliste sur les bases théoriques des programmes de réadaptation incluant le milieu de travail* (Rapports scientifiques) (p. 135). IRSST.
- Durand, M. J. et Loisel, P. (2001). La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (3-2). doi:10.4000/pistes.3799
- Durand, M. J., Vachon, B., Loisel, P. et Berthelette, D. (2003). Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. *Work (Reading, Mass.)*, 21(3), p.233-242.

- Durand, M. J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M. C. et Ngomo, S. (2008). *La marge de manoeuvre de travailleurs pendant et après un programme de retour progressif au travail* (Etudes et recherches) (p. 72). IRSST.
- Durand, M. J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M. C. et Ngomo, S. (2011). Relationship between the margin of manoeuvre and the return to work after a long-term absence due to a musculoskeletal disorder: an exploratory study. *Disability and Rehabilitation*, 33(13-14), p.1245-1252. doi:10.3109/09638288.2010.526164
- Durand, M. J., Vézina, N., Loisel, P., Baril, R., Richard, M. C. et Diallo, B. (2007). Workplace Interventions for Workers with Musculoskeletal Disabilities: A Descriptive Review of Content. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(1), p.123-136. doi:10.1007/s10926-006-9036-1
- Edwards, I. et Jones, M. (2007). La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). *Kinésithérapie, la Revue*, 7(71), p.40-49. doi:10.1016/S1779-0123(07)70504-1
- Edwards, I., Jones, M. et Hillier, S. (2006). The interpretation of experience and its relationship to body movement: A clinical reasoning perspective. *Manual Therapy*, 11(1), p.2-10. doi:10.1016/j.math.2005.10.002
- Eisenberg, L. (1977). Disease and illness Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1(1), p.9-23. doi:10.1007/BF00114808
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), p.129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), p.535-544. doi:10.1176/ajp.137.5.535
- Engel, G. L. (1982). Sounding board. The biopsychosocial model and medical education. Who are to be the teachers? *The New England Journal of Medicine*, 306(13), p.802-805. doi:10.1056/NEJM198204013061311
- Engel, G. L. (1997). From Biomedical to Biopsychosocial: Being Scientific in the Human Domain. *Psychosomatics*, 38(6), p.521-528. doi:10.1016/S0033-3182(97)71396-3
- Epstein, R. M. et Borrell-Carrio, F. (2005). The biopsychosocial model: Exploring six impossible things. *Families, Systems, & Health*, 23(4), p.426-431. doi:10.1037/1091-7527.23.4.426

- Eurofound. (2012). *20 ans de conditions de travail en Europe: Premiers résultats (à partir) de la 5ème Enquête européenne sur les conditions de travail: Résumé*. Dublin : Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
- European Agency for Safety and Health at Work. (1999). *Work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders*. Luxembourg : Office for Official Publ. of the Europ. Communities.
- Faïta, D. (2011). Théorie de l'activité langagière. Dans *Interpréter l'agir: un défi théorique* (p. p.41-67). Paris : Presses universitaires de France.
- Falzon, P. (1994). Les activités métafonctionnelles et leur assistance. *Le travail humain*, 1(57), p.1-24.
- Fardjad, S., Boutou, M., Condamine, L., Behnegar, A., Gracies, J. M. et Hutin, E. (2012). Impact d'un programme Mini-RFR (restauration fonctionnelle du rachis) dans une cohorte de 47 patients affectés par une lombalgie chronique. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55, p.283-284. doi:10.1016/j.rehab.2012.07.714
- Fassier, J. B. (2005). Lombalgies et réadaptation au travail. *Laennec*, 53(2). doi:10.3917/lae.052.0035
- Fassier, J. B., Durand, M. J. et Loisel, P. (2009). *La faisabilité du modèle de Sherbrooke en France*. CAPRIT et Institut Universitaire de Médecine du travail de Lyon.
- Fedou, M., Braley-Berthoumieux, E. et Donskoff, C. (2012). Recherche de facteur prédictif de reprise du travail dans un programme de multidisciplinaire de restauration fonctionnelle du rachis. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55. doi:10.1016/j.rehab.2012.07.712
- Fernandez, G. (2004). *Développement d'un geste technique. Histoire du freinage en gare du Nord* (Thèse pour le doctorat en psychologie). CNAM, Paris.
- Fernandez, G. (2015). Gestes, action et analyse du travail. Dans *L'analyse du travail, Ruptures et Evolutions* (Octares). Toulouse.
- Fordyce, W. E., Roberts, A. H. et Sternbach, R. A. (1985). The behavioral management of chronic pain: A response to critics: *Pain*, 22(2), p.113-125. doi:10.1016/0304-3959(85)90172-1
- Fore, L., Perez, Y., Neblett, R., Asih, S., Mayer, T. G. et Gatchel, R. J. (2015). Improved Functional Capacity Evaluation Performance Predicts Successful Return to Work One Year After Completing a Functional Restoration Rehabilitation Program. *PM&R*, 7(4), p.365-375. doi:10.1016/j.pmrj.2014.09.013

- Fougeyrollas, P. (2002). L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap : enjeux socio-politiques et contributions québécoises. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (4-2). doi:10.4000/pistes.3663
- Fougeyrollas, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile: transformations réciproques du sens du handicap*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Fougeyrollas, P. (2011). Conjuguer ouverture des possibles au temps de l'incertitude. *Revue Développement humain, handicap et changement social*, 19(1), p.15-24.
- Fougeyrollas, P., Noreau, L., Bergeron, H., Cloutier, R., Dion, S. A. et St-Michel, G. (1998). Social consequences of long term impairments and disabilities: conceptual approach and assessment of handicap. *International Journal of Rehabilitation Research*, 21(2), p.127-142. doi:10.1097/00004356-199806000-00002
- Fouquet, A. (2011). Travail, emploi, activité – Une histoire sociale. *Annales des Mines - Réalités industrielles*, Février 2011(1). doi:10.3917/rindu.111.0011
- Frich, F. C. (1989). Dialogue and creativity: narrative in the clinical encounter. Dans *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York : Basic Books.
- Frymoyer, J. W., Pope, M. H., Costanza, M. C., Rosen, J. C., Goggin, J. E. et Wilder, D. G. (1980). Epidemiologic studies of low-back pain. *Spine*, 5(5), p.419-423.
- Gaffiot, F. et Flobert, P. (2008). *Le grand Gaffiot: dictionnaire latin-français* (3. éd. revue et augm). Paris : Hachette.
- Gatchel, R. J. (1994). Occupational Low Back Pain Disability: Why Function Needs to « Drive » the Rehabilitation Process. *APS Journal*, 3(2), p.107-110. doi:10.1016/S1058-9139(05)80335-3
- Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of Chronic Pain and Mental Health Disorders: The Biopsychosocial Perspective. *American Psychologist*, 59(8), p.795-805. doi:10.1037/0003-066X.59.8.795
- Gatchel, R. J., Garofalo, J. P., Ellis, E. et Holt, C. (1996). Major Psychological disorders in acute and chronic TMD: an initial examination. *The Journal of the American Dental Association*, 127(9), p.1365-1374. doi:10.14219/jada.archive.1996.0450
- Gatchel, R. J. et Mayer, T. G. (2008). Evidence-informed management of chronic low back pain with functional restoration. *The Spine Journal*, 8(1), p.65-69. doi:10.1016/j.spinee.2007.10.012

- Gatchel, R. J. et Mayer, T. G. (2012). Functional Restoration. Dans *Evidence-Based Management of Low Back Pain* (p. p.300-310). Elsevier. doi:10.1016/B978-0-323-07293-9.00022-2
- Gatchel, R. J., Mayer, T. G., Capra, P., Diamond, P. et Barnett, J. (1985). Quantification of Lumbar Function: Part 6: The Use of Psychological Measures in Guiding Physical Functional Restoration. *Spine*, 11(1), p.36-42. doi:10.1097/00007632-198601000-00010
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N. et Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), p.581-624. doi:10.1037/0033-2909.133.4.581
- Gatchel, R. J. et Turk, D. C. (2008). Criticisms of the Biopsychosocial Model in Spine Care: Creating and Then Attacking a Straw Person. *Spine*, 33(25), p.2831-2836. doi:10.1097/BRS.0b013e31817d24ad
- Gross, D. P. et Battié, M. C. (2005). Functional Capacity Evaluation Performance Does Not Predict Sustained Return to Work in Claimants With Chronic Back Pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(3), p.285-294. doi:10.1007/s10926-005-5937-7
- Hamonet, C. (1997). Le pionnier souriant. André Grossiord. *Journal de Réadaptation médicale*, 17(2), p.42-44.
- Haumesser, D., Becker, P., Grosso Lebon, B. et Weill, C. (2004). Aspects médicaux, sociaux et économiques de la prise en charge des lombalgies chroniques. *Revue médicale de l'assurance maladie*, (1), p.27-36.
- Haute Autorité de Santé, (HAS). (2011). *Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de la réadaptation* (Recommandation de Bonne Pratique).
- Hazard, R. G., Fenwick, J. W., Kalisch, S. M., Redmond, J., Reeves, V., Reid, S. et Frymoyer, J. W. (1989). Functional restoration with behavioral support. A one-year prospective study of patients with chronic low-back pain. *Spine*, 14(2), p.157-161.
- Henchoz, Y. (2011). Lombalgies non spécifiques : faut-il recommander l'exercice et les activités sportives ? *Rev Med Suisse*, (7), p.612-616.
- Hernandez, H. (2010). L'ergothérapie, une profession de réadaptation. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 30(4), p.194-197. doi:10.1016/j.jrm.2010.10.003

- Hush, J. M. (2008). Clinical management of occupational low back pain in Australia: what is the real picture? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(4), p.375-380. doi:10.1007/s10926-008-9149-9
- Ikezawa, Y., Battié, M. C., Beach, J. et Gross, D. (2010). Do clinicians working within the same context make consistent return-to-work recommendations? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), p.367-377. doi:10.1007/s10926-010-9230-z
- Innes, E. et Straker, L. (2003). Attributes of excellence in work-related assessments. *Work (Reading, Mass.)*, 20(1), p.63-76.
- Isernhagen, S. J. (2006). Job matching and return to work: Occupational rehabilitation as the link. *Work*, 26(3), p.237-242.
- Jammet, L. F., Aguerre, C., Laroche, F., Guy-Coichard, C. et Rostaing, S. (2013). Mieux vivre avec la fibromyalgie via un dispositif thérapeutique cognitivo-comportemental : étude du cas clinique « Mme L. ». *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 23(3), p.142-152. doi:10.1016/j.jtcc.2013.06.003
- Jégaden, D., Péron, J., Bianco, S., Davion, M., Cardonne, S., Ha, O., ... Nicolas, F. (2016). Intérêt d'une prise en charge concertée de salariés rachialgiques par un service de santé au travail et un service de rééducation et réadaptation fonctionnelle. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 77(4), p.623-635. doi:10.1016/j.admp.2015.08.011
- Johnson, J. V. et Hall, E. M. (1994). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. Dans *Psychosocial Processes and Health* (p. p.25-42). Cambridge : Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511759048.004
- Josephson, I., Bülow, P. et Hedberg, B. (2011). Physiotherapists' clinical reasoning about patients with non-specific low back pain, as described by the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disability and Rehabilitation*, 33(23-24), p.2217-2228. doi:10.3109/09638288.2011.563819
- Josephson, I., Hedberg, B. et Bülow, P. (2013). Problem-solving in physiotherapy--physiotherapists' talk about encounters with patients with non-specific low back pain. *Disability and Rehabilitation*, 35(8), p.668-677. doi:10.3109/09638288.2012.705221

- Kääpä, E. H., Frantsi, K., Sarna, S. et Malmivaara, A. (2006). Multidisciplinary group rehabilitation versus individual physiotherapy for chronic nonspecific low back pain: a randomized trial. *Spine*, 31(4), p.371-376. doi:10.1097/01.brs.0000200104.90759.8c
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), p.285-308. doi:10.2307/2392498
- Keeley, J., Mayer, T. G., Cox, R., Gatchel, R. J., Smith, J. et Mooney, V. (1986). Quantification of Lumbar Function: Part 5: Reliability of Range-of-Motion Measures in the Sagittal Plane and an In Vivo Torso Rotation Measurement Technique. *Spine*, 11(1), p.31-35. doi:10.1097/00007632-198601000-00009
- Keller, H. (1903). *Optimism: An Essay*. T.Y. Crowell.
- Kety, S. S. (1974). From rationalization to reason. *The American Journal of Psychiatry*, 131(9), p.957-963. doi:10.1176/ajp.131.9.957
- Kielhofner, G. (2005). Scholarship and Practice: Bridging the Divide. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(2), p.231-239. doi:10.5014/ajot.59.2.231
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice* (4th ed). Philadelphia : F.A. Davis Co.
- Kinney, R. K., Gatchel, R. J., Polatin, P. B. et Mayer, T. G. (1991). The functional restoration approach for chronic spinal disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1(3), p.235-243. doi:10.1007/BF01073460
- Kishino, N. D., Mayer, T. G., Gatchel, R. J., Parrish, M. M., Anderson, C., Gustin, L. et Mooney, V. (1985). Quantification of Lumbar Function: Part 4: Isometric and Isokinetic Lifting Simulation in Normal Subjects and Low-Back Dysfunction Patients. *Spine*, 10(10), p.921-927. doi:10.1097/00007632-198512000-00010
- Kostulski, K. (2010). Quelles connaissances pour l'action en clinique du travail. Dans *Agir en clinique du travail* (p. p.27-38). Toulouse : Érès.
- Kostulski, K. et Clot, Y. (2007). Interaction et migration fonctionnelle : un développement en autoconfrontation croisée. Dans *Dialogue, activité, développement*. Paris : L'Harmattan.

- Kostulski, K., Clot, Y., Litim, M. et Plateau, S. (2011). L'horizon incertain de la transformation en clinique de l'activité: Une intervention dans le champ de l'éducation surveillée. *Activites*, 08(1), p.129-145. doi:10.4000/activites.2456
- Kuorinka, I., Forcier, L. et Hagberg, M. (1995). *Les lésions attribuables au travail répétitif (LATR): ouvrage de référence sur les lésions musculo-squelettiques liées au travail*. Québec City : Éditions MultiMondes : IRSST : Editions Maloine.
- Lalande, A. et Poirier, R. (2006). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* (2. éd). Paris : PUF.
- Lapassade, G. (1991). *L'ethnosociologie: les sources anglo-saxonnes*. Paris : Méridiens Klincksieck.
- Leontiev, A. (1984). *Activité, conscience, personnalité* (Editions du Progrès). Moscou.
- Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail*. Paris : PUF.
- Leplat, J. (2002). De l'étude de cas à l'analyse de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (4-2), p.1-33. doi:10.4000/pistes.3658
- Leplat, J. et Hoc, J. M. (1983). Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. *Cahiers de psychologie cognitive*, 3(1), p.49-63.
- Lhuillier, D. (2006). Cliniques du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(1), p.179-193. doi:10.3917/nrp.001.0179
- Litim, M. (2006). *Les histoires de travail : un instrument du développement du métier et de l'activité professionnelle. Une analyse de l'activité d'aide soignante*. (Psychologie). CNAM, Paris.
- Loisel, P. (2009). Developing a new paradigm: Work disability prevention. *ICOH Special Issue*, p.56-60.
- Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J. M., Suissa, S., Gosselin, L., ... Lemaire, J. (1997). A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine*, 22(24), p.2911-2918.
- Loisel, P., Durand, M. J., Baril, R., Gervais, J. et Falardeau, M. (2005). Interorganizational collaboration in occupational rehabilitation: perceptions of an interdisciplinary rehabilitation team. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), p.581-590. doi:10.1007/s10926-005-8036-x
- Loisel, P., Durand, M. J., Baril, R., Langley, A. et Falardeau, M. (2004). *Décider pour faciliter le retour au travail* (Etudes et recherches) (p. p.1-48). IRSST.

- Loisel, P., Durand, M. J., Diallo, B., Vachon, B., Charpentier, N. et Labelle, J. (2003). From evidence to community practice in work rehabilitation: the Quebec experience. *The Clinical Journal of Pain*, 19(2), p.105-113.
- Loisel, P., Durand, P., Abenhaim, L., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J. et Esdaile, J. M. (1994). Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occupational and Environmental Medicine*, 51(9), p.597-602.
- Longman dictionary of contemporary English*. (1994) (2. ed., repr). Harlow, Essex : Longman.
- Lötters, F., Burdorf, A., Kuiper, J. et Miedema, H. (2003). Model for the work-relatedness of low-back pain. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 29(6), p.431-440.
- Louis-Courvoisier, M. et Mauron, A. (2002). « He found me very well; for me, I was still feeling sick »: the strange worlds of physicians and patients in the 18th and 21st centuries. *Medical Humanities*, 28(1), p.9-13.
- Ludwig, A. M. (1975). The Psychiatrist as Physician. *Journal of the American Medical Association*, 234(6), p.603-604. doi:10.1001/jama.1975.03260190031016
- Matheson, L. N., Isernhagen, S. J. et Hart, D. L. (2002). Relationships Among Lifting Ability, Grip Force, and Return to Work. *Physical Therapy*, p.249-256. doi:10.1093/ptj/82.3.249
- Mayer, T. G. (1999). REHABILITATION: What Do We Do with the Chronic Patient? *Neurologic Clinics*, 17(1), p.131-147. doi:10.1016/S0733-8619(05)70118-3
- Mayer, T. G., Barnes, D., Kishino, N. D., Nichols, G., Gatchel, R. J., Mayer, H. et Mooney, V. (1988). Progressive Isoinertial Lifting Evaluation: I. A Standardized Protocol and Normative Database. *Spine*, 13(9), p.993-997. doi:10.1097/00007632-198809000-00005
- Mayer, T. G. et Gatchel, R. J. (1988). *Functional restoration for spinal disorders: the sports medicine approach*. Philadelphia : Lea & Febiger.
- Mayer, T. G., Gatchel, R. J., Kishino, N., Keeley, J., Capra, P., Mayer, H., ... Mooney, V. (1985). 1985 Volvo Award in Clinical Sciences: Objective Assessment of Spine Function Following Industrial Injury: A Prospective Study with Comparison Group and One-Year Follow-Up. *Spine*, 10(6), p.482-493. doi:10.1097/00007632-198507000-00002

- Mayer, T. G., Gatchel, R. J., Kishino, N., Keeley, J., Mayer, H., Capra, P. et Mooney, V. (1986). A prospective short-term study of chronic low back pain patients utilizing novel objective functional measurement: *Pain*, 25(1), p.53-68. doi:10.1016/0304-3959(86)90007-2
- Mayer, T. G., Gatchel, R. J., Mayer, H., Kishino, N. D., Keeley, J. et Mooney, V. (1987). A Prospective Two-Year Study of Functional Restoration in Industrial Low Back Injury: An Objective Assessment Procedure. *Journal of the American Medical Association*, 258(13), p.1763-1767. doi:10.1001/jama.1987.03400130077037
- Mayer, T. G., Smith, S. S., Keeley, J. et Mooney, V. (1985). Quantification of lumbar function. Part 2: Sagittal plane trunk strength in chronic low-back pain patients. *Spine*, 10(8), p.765-772.
- Mayer, T. G., Smith, S. S., Kondraske, G., Gatchel, R. J., Carmichael, T. W. et Mooney, V. (1985). Quantification of Lumbar Function: Part 3: Preliminary Data on Isokinetic Torso Rotation Testing with Myoelectric Spectral Analysis in Normal and Low-Back Pain Subjects. *Spine*, 10(10), p.912-920. doi:10.1097/00007632-198512000-00009
- Mayer, T. G., Tabor, J., Bovasso, E. et Gatchel, R. J. (1994). Physical progress and residual impairment quantification after functional restoration. Part I: Lumbar mobility. *Spine*, 19(4), p.389-394.
- Melzack, R. et Casey, L. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain. Dans *The skin senses*. Springfield Illinois : Charles C Thomas.
- Melzack, R. et Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory. *Science*, 150(3699), p.971-978. doi:10.1126/science.150.3699.971
- Meyrueis, P., Cazenave, A. et Zimmermann, R. (2004). Biomécanique de l'os. Application au traitement des fractures. *EMC - Rhumatologie-Orthopédie*, 1(1), p.64-93. doi:10.1016/j.emcrho.2003.11.005
- Michel, C., Guéné, V., Michon, E., Roquelaure, Y. et Petit, A. (2018). Return to work after rehabilitation in chronic low back pain workers. Does the interprofessional collaboration work? *Journal of Interprofessional Care*. doi:10.1080/13561820.2018.1450231
- Ministère des affaires sociales et de la santé. (2015). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes - CIM-10 FR à usage PMSI* (p. 888).

- Ministère du Travail, de la solidarité et de la fonction publique. (2009). *Plan Santé au Travail 2010-2014*.
- Ministère du Travail, de la solidarité et de la fonction publique. (2010). travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques/troubles-musculo-squelettiques-tms/de-quoi-parle-t-on/article/les-chiffres-cles-et-statistiques.
- Ministère du Travail, de la solidarité et de la fonction publique. (2015). *Plan Santé au Travail 2016-2020*.
- Ministère du Travail, de la solidarité et de la fonction publique et Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. , 2010/7 Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarités (2010).
- Miossec, Y. (2011). *Les instruments psychosociaux de la santé au travail Le cas des managers de proximité de l'industrie électrique* (Thèse pour le doctorat en psychologie). CNAM, Paris.
- Miossec, Y. et Clot, Y. (2011). Le métier comme instrument de protection contre les risques psychosociaux au travail : le cas d'ingénieurs managers de proximité. *Le travail humain*, 74(4), p.341-363. doi:10.3917/th.744.0341
- Miossec, Y., Donnay, C., Pelletier, M. et Zittoun, M. (2010). Le développement du métier : une autre voie de prévention? des risques psychosociaux ? L'exemple d'une coopération entre médecins et psychologues du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 10(2), p.195-208. doi:10.3917/nrp.010.0195
- Mitchell, R. I. et Carmen, G. M. (1994). The functional restoration approach to the treatment of chronic pain in patients with soft tissue and back injuries. *Spine*, 19(6), p.633-642.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux*. Louvain-La-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Nelson, N. A. et Hughes, R. E. (2009). Quantifying relationships between selected work-related risk factors and back pain: A systematic review of objective biomechanical measures and cost-related health outcomes. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 39(1), p.202-210. doi:10.1016/j.ergon.2008.06.003
- Noelker, L. S. et Browdie, R. (2014). Sidney Katz, MD: A New Paradigm for Chronic Illness and Long-Term Care. *The Gerontologist*, 54(1), p.13-20. doi:10.1093/geront/gnt086

- Opsteegh, L., Soer, R., Reinders-Messelink, H. A., Reneman, M. F. et van der Sluis, C. K. (2010). Validity of the Dictionary of Occupational Titles for Assessing Upper Extremity Work Demands. *PLoS ONE*, 5(12). doi:10.1371/journal.pone.0015158
- Pallaud, B., Rauzy, S. et Blache, P. (2013). Auto-interruptions et disfluences en français parlé dans quatre corpus du CID. *TIPA. Travaux interdisciplinaires sur la parole et le langage*, (29). doi:10.4000/tipa.995
- Papadimitriou, C. et Cott, C. (2015). Client-centred practices and work in inpatient rehabilitation teams: results from four case studies. *Disability and Rehabilitation*, 37(13), p.1135-1143. doi:10.3109/09638288.2014.955138
- Pastré, P. (2005). *Apprendre par la simulation: de l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*. Toulouse : Octarès Éditions.
- Pastré, P. (2011). Apprendre à faire. Dans *Apprendre et faire apprendre*. Paris : Presses universitaires de France.
- Petit, A., Fouquet, N. et Roquelaure, Y. (2015). Chronic low back pain, chronic disability at work, chronic management issues. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 41(2), p.107-110. doi:10.5271/sjweh.3477
- Petit, A. et Roquelaure, Y. (2014). Recommandations de bonnes pratiques pour la surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 75(1), p.6-33. doi:10.1016/j.admp.2013.11.005
- Pétry, D. et Xénard, J. (1996). Retour au travail des traumatisés du membre supérieur. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 39(6).
- Poiraudeau, S., Duvallet, A., Dos Santos, I. B. et Revel, M. (1999). Efficacité à 1 an d'un programme de reconditionnement à l'effort proposé à des lombalgiques chroniques lourdement handicapés. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 42(1), p.33-41. doi:10.1016/S0168-6054(99)80033-6
- Poiraudeau, S., Lefevre-Colau, M. M., Fayad, F., Rannou, F. et Revel, M. (2004). Lombalgies. *EMC-Rhumatologie orthopédie*, p.295-319.
- Poiraudeau, S., Rannou, F., Lefevre Colau, M. M., Boutron, I. et Revel, M. (2004). Réadaptation du lombalgique à l'effort: les programmes de restauration fonctionnelle. *La Presse Médicale*, 33(6), p.413-418. doi:10.1016/S0755-4982(04)98609-5

- Poulain, C., Kernéis, S., Rozenberg, S., Fautrel, B., Bourgeois, P. et Foltz, V. (2010). Long-term return to work after a functional restoration program for chronic low-back pain patients: a prospective study. *European Spine Journal*, 19(7), p.1153-1161. doi:10.1007/s00586-010-1361-6
- Poussin, N. (2014). *Développement des sentiments au travail : Dialogues sur l'efficacité et l'utilité chez des médecins du travail* (Thèse pour le doctorat en psychologie). Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.
- Pransky, G. S., Shaw, W. S., Franche, R.-L. et Clarke, A. (2004). Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers—current models and opportunities for improvement. *Disability and Rehabilitation*, 26(11), p.625-634. doi:10.1080/09638280410001672517
- Prot, B. (2011). Apprentissage de la conduite et sécurité routière: Un dilemme de référence pour la conception d'un référentiel de diplôme d'enseignant. *Activites*, 08(2), p.189-201. doi:10.4000/activites.2599
- Prot, B. (2012). Les dilemmes génériques dans la conception des référentiels d'activité professionnelle : une piste de travail. Dans *Former, certifier, insérer: effets et paradoxes de l'injonction à la professionnalisation des diplômés* (p. p.223-240). Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Prot, B. (2015). La fonction du clinicien dans les méthodes de clinique de l'activité. Dans *Perspectives en clinique du travail* (p. p.34-54). ERES.
- Prot, B. et Tomás, J. L. (2009). *Concevoir un référentiel à partir de l'exercice du métier. Avec des enseignants de la conduite automobile*. (Rapport à la Délégation à la Sécurité et à la Circulation Routière). Paris : Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement de territoire.
- Quillerou-Grivot, E. et Clot, Y. (2013). Trois conditions pour une clinique de l'activité en psychologie du travail : le cas d'une intervention dans une entreprise de logistique automobile. *Activites*, 10(2), p.229-248. doi:10.4000/activites.842
- Rabardel, P. (1995). *Les hommes et les technologies: approche cognitive des instruments contemporains*. Paris : Colin.
- Renault, E. (2017). *L'expérience de l'injustice: essai sur la théorie de la reconnaissance*.

- Rivard, M., Denis, J. L., Contandriopoulos, A. P., Rossignol, M., Bilodeau, H., Ste-Marie, G. et Lederer, V. (2011). *Évaluation de l'implantation et de l'impact du programme PRÉVICAP* (Études et recherches n° R-716). Montréal : IRSST.
- Roditi, D. et Robinson, M. E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, p.41-49. doi:10.2147/PRBM.S15375
- Roelens, N. (1998). Transaction intersubjectives et attribution de compétences. Dans *Les transactions aux frontières du social* (Chroniques sociales). Lyon.
- Roger, J.-L., Ruelland, D. et Clot, Y. (2007). De l'action à la transformation du métier : l'activité enseignante au quotidien. *Education et sociétés*, 19(1), p.133-146. doi:10.3917/es.019.0133
- Roquelaure, Y. (2015). Les troubles musculo-squelettiques : un enjeu majeur de prévention des risques professionnels en Europe. *ETUI*, (9).
- Roquelaure, Y. et Petit, A. (2013). *Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges - Argumentaire scientifique* (Recommandations de Bonne Pratique) (p. 296). Société Française de médecine du travail.
- Roy, S., Durand, M.-J. et Corriveau, H. (2011). L'évaluation des capacités reliées au travail pour une clientèle présentant une déficience physique. IRSST.
- Schwartz, Y. (2007). Un bref aperçu de l'histoire culturelle du concept d'activité. *Activités revue électronique*, 4(2), 122-133.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. et Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58(8), p.1483-1499. doi:10.1016/S0277-9536(03)00351-4
- Siksou, M. (2008). Georges Libman Engel (1913-1999): Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *Le Journal des psychologues*, 260(7), p.52-55. doi:10.3917/jdp.260.0052
- Simonet, P. (2011). *L'hypo-socialisation du mouvement: prévention durable des troubles musculo-squelettiques chez des fossoyeurs municipaux*. (Thèse pour le doctorat en psychologie). Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.

- Simonet, P. et Clot, Y. (2014). Qualité du travail santé et clinique de l'activité méthode pour l'action.pdf. *EMC - Pathologies professionnelle et de l'environnement*, 9(4), p.1-8.
- Sitri, F. (2003). *L'objet du débat*. Paris : Presses sorbonne nouvelle.
- Smeets, R. J. E. M., Wade, D., Hidding, A., Van Leeuwen, P. J. C. M., Vlaeyen, J. W. S. et Knottnerus, J. A. (2006). The association of physical deconditioning and chronic low back pain: a hypothesis-oriented systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 28(11), p.673-693. doi:10.1080/09638280500264782
- Smith, J. A., Harré, R. et Langenhove, L. V. (dir.). (1995). *Rethinking psychology*. London : Thousand Oaks, Calif : Sage Publications.
- Smith, R. C. (2002). The biopsychosocial revolution: Interviewing and provider-patient relationships becoming key issues for primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 17(4), p.309-310. doi:10.1046/j.1525-1497.2002.20210.x
- Smith, R. C., Fortin, A. H., Dwamena, F. et Frankel, R. M. (2013). An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Education and Counseling*, 91(3), p.265-270. doi:10.1016/j.pec.2012.12.010
- Smith, S. S., Mayer, T. G., Gatchel, R. J. et Becker, T. J. (1985). Quantification of Lumbar Function: Part 1: Isometric and Multispeed Isokinetic Trunk Strength Measures in Sagittal and Axial Planes in Normal Subjects. *Spine*, 10(8), p.757-764. doi:10.1097/00007632-198510000-00011
- Staal, J. B., Hlobil, H., van Tulder, M. W., Köke, A. J. A., Smid, T. et van Mechelen, W. (2002). Return-to-work interventions for low back pain: a descriptive review of contents and concepts of working mechanisms. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 32(4), p.251-267.
- Ståhl, C., Svensson, T., Petersson, G. et Ekberg, K. (2009). The work ability divide: holistic and reductionistic approaches in Swedish interdisciplinary rehabilitation teams. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(3), p.264-273. doi:10.1007/s10926-009-9183-2
- Stana, L., Bouchez, A., Fanello, S. et Richard, I. (2015). Pain Management: Functional Restoration for Chronic Low-Back-Pain Clients. Dans *International Handbook of Occupational Therapy Interventions* (p. p.681-685). Cham : Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-08141-0-48

- Sturgis, E. T., Schaefer, C. A. et Sikora, T. L. (1984). Pain center follow-up study of treated and untreated patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 65(6), p.301-303.
- Szasz, T. S. (1974). *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct* (1st. Perennial Library ed.; Rev. ed). New York : Harper & Row.
- Theodore, B. R., Mayer, T. G. et Gatchel, R. J. (2015). Cost-effectiveness of early versus delayed functional restoration for chronic disabling occupational musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(2), p.303-315. doi:10.1007/s10926-014-9539-0
- Tomás, J. L. (2012). L'inachèvement du corps : support du développement des gestes professionnels. Dans *Vygotski maintenant* (p. p.333-350). Paris : La Dispute.
- Tomás, J. L. (2013). L'analyse psychologique du développement des gestes professionnels : une perspective pour la prévention des TMS ? *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 15(1).
- Tomás, J. L. (2018). Cross self-confrontations: a situation of training and development of sporting gestures? Dans « *Apprentissage et Education* » *Conditions, contextes et innovations pour la réussite scolaire, universitaire et professionnelle*. Marseille.
- Tomás, J. L., Kloetzer, L. et Clot, Y. (2014). Coanalyser l'activité syndicale : un référentiel d'activité entre dilemmes et acquis de l'expérience syndicale. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 18(2), p.177-194. doi:10.3917/nrp.018.0177
- Tomás, J. L., Simonet, P., Clot, Y. et Fernandez, G. (2009). Le corps : l'oeuvre du collectif de travail. *Corps*, 6(1), p.23-30. doi:10.3917/corp.006.0023
- Tosquelles, F. (2009). *Le travail thérapeutique en psychiatrie*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Townsend, E. et Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation: faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Truchon, M. et Fillon, L. (2000). *Les déterminants biopsychosociaux de l'incapacité chronique liée aux lombalgies* (Etudes et recherches) (p. 51). IRSST.
- Truchon, M., Rossignol, M., Tousignant, M., Durand, M.-J., Schmouth, M.-E. et Côté, D. (2010). *Dépistage précoce de l'incapacité chronique liée aux lombalgies - Élaboration et validation d'un questionnaire* (Etudes et

- recherches) (p. 72). Montréal : IRSST. Repéré à <http://www.irsst.qc.ca/-publication-irsst-depistage-precoce-de-l-incapacite-chronique-liee-aux-lombalgies-elaboration-et-validation-d-un-questionnaire-r-639.html>
- United States Department of Labor. (2017). DOT Dictionary of Occupational Titles. Repéré à <https://www.oalj.dol.gov/LIBDOT.HTM>
- Van Eerd, D., Beaton, D., Cole, D., Lucas, J., Hogg-Johnson, S. et Bombardier, C. (2003). Classification systems for upper-limb musculoskeletal disorders in workers: *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(10), p.925-936. doi:10.1016/S0895-4356(03)00122-7
- Van Rooij, W. M. J., Senden, R., Heyligers, I. C., Cuppen, P. M. A. H., Van Hemert, W. L. W. et Grimm, B. (2015). Physical functioning of low back pain patients: perceived physical functioning and functional capacity, but not physical activity is affected. *Disability and Rehabilitation*, 37(24), p.2257-2263. doi:10.3109/09638288.2015.1019010
- Van Trier, W. E. (1980). La recherche-action. *Déviance et société*, 4(2), p.179-193. doi:10.3406/ds.1980.1758
- Veil, C. (1968). *Handicap et société* (Flammarion).
- Verbunt, J. A., Seelen, H. A., Vlaeyen, J. W., van de Heijden, G. J., Heuts, P. H., Pons, K. et Knottnerus, J. A. (2003). Disuse and deconditioning in chronic low back pain: concepts and hypotheses on contributing mechanisms. *European Journal of Pain (London, England)*, 7(1), p.9-21.
- Vlaeyen, J. W. et Crombez, G. (2009). La psychologie de la peur et de la douleur. *Revue du Rhumatisme*, 76(6), p.511-516. doi:10.1016/j.rhum.2009.03.004
- Vlaeyen, J. W. et Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), p.317-332.
- Voisin, P., Vanvelcenaher, J., Vanhee, J. L., Bibre, P., Divay, E. et Struk, P. (1994). Programme de Restauration Fonctionnelle du Rachis (R.F.R.) : Pour une prise en charge active des lombalgiques chroniques. *Annales de kinésithérapie*, 21(7), p.337-350.
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R. et Michaud, C. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), p.2163-2196.

- Vygotski, L. S. (1931/1978). *Mind in society : the development of higher psychological processes*. Cambridge : Harvard University Press.
- Vygotski, L. S. (1994). *Défectologie et déficience mentale*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Vygotski, L. S. (2003). *Conscience, inconscient, émotions* (traduit par L. Sève et G. Fernandez). Paris : La Dispute.
- Vygotski, L. S. (2004). « Psychologie concrète de l'homme. La psychologie historique ». Dans *Vygotski: lectures et perspectives de recherches en éducation*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- Waddell, G. (1987). 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine*, 12(7), p.632-644.
- Weber, H. (1978). Lumbar disc herniation. A prospective study of prognostic factors including a controlled trial. Part II. *Journal of the Oslo City Hospitals*, 28(7-8), p.89-113.
- Weber, H. (2009). Lumbar Disc Herniation: A Controlled, Prospective Study with Ten Years of Observation. *SAS Journal*, 3(1), p.30-40. doi:10.1016/S1935-9810(09)70005-2
- Weiss, P. A. (1969). The living system: determinism stratified. Dans *Beyond Reductionism: New Perspectives in the Life Sciences* (Hutchinson, p. p.3-55). London : Arthur Koestler & John R. Smythies.
- Wells, J. A., Zipp, J. F., Schuette, P. T. et McEleney, J. (1983). Musculoskeletal disorders among letter carriers. A comparison of weight carrying, walking & sedentary occupations. *Journal of Occupational Medicine.: Official Publication of the Industrial Medical Association*, 25(11), p.814-820.
- White, A. A. et Gordon, S. L. (1982). Synopsis: Workshop on Idiopathic Low-Back Pain: *Spine*, 7(2), p.141-149. doi:10.1097/00007632-198203000-00009
- Wirocius, J. M. (1999). Histoire de la rééducation. *Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, p.1-25.
- Wirocius, J. M. (2004). La notion de fonction en rééducation : en rééducation tout est fonctionnel. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 24(4), p.140-148.
- Wisner, A. (1995). *Reflexions sur l'ergonomie*. Toulouse, Francia : Octares.
- Zare Mahmoudabadi, M. (2015). *Shared Representation of Work-related Musculoskeletal Risk Factors and Comparison of Assessment Methods: An Experimental Study in the Truck Manufacturing Industry* (Thèse pour le doctorat en ergonomie industrielle). Université Nantes-Angers-Le Mans, Angers.

Zhao, J., Gao, S., Wang, J., Liu, X. et Hao, Y. (2016). Differentiation between two healthcare concepts: Person-centered and patient-centered care. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(4), p.398-402.
doi:10.1016/j.ijnss.2016.08.009

Table des Figures

Figure 1. Prise de décision collaborative d'après Edwards et Jones (2007, p. 45)	29
Figure 2. Les niveaux d'organisation hiérarchique du système naturel (Engel, 1980, p. 537).....	31
Figure 3. Le cas de « Mr Glover » (Engel, 1980, p. 539).....	32
Figure 4. La continuité intégrative du système naturel (Engel, 1980, p. 537)	33
Figure 5. A gauche, patient dans un prototype Cybex permettant le test de la force du tronc dans le plan sagittal (Mayer, Smith, Keeley, et al., 1985, p. 786). A droite, Progressive Isoinertial Lifting Test (PILE) au centre François Gallouedec.....	38
Figure 6. A gauche, le Quantitated Pain Drawing permettant de repérer la localisation et d'établir des scores de manifestation de la douleur (Gatchel et al., 1985). A droite, les 4 premières des 15 questions de la Million Visual Analog Scale (Anagnostis, Mayer, Gatchel et Proctor, 2003). La première question est plus connue sous le nom d'Échelle Visuelle Analogique (EVA).	39
Figure 7. Modèle cognitivo-comportemental de la peur-évitement et du déconditionnement adapté d'après Vlaeyen et Linton (2000).....	42
Figure 8. Modèle de la transition d'une douleur aiguë vers une douleur chronique d'après Gatchel (Gatchel, 2004; Gatchel et al., 1996).....	42
Figure 9. Exercice de déplacement de blocs du sol au mur au centre François Gallouedec	46
Figure 10. Evaluation isocinétique du port de charge (Moflex®) et affichage des résultats.....	47
Figure 11. L'énergamètre enregistreur	48
Figure 12. Les différentes traces vidéo : séquence de travail, autoconfrontation simple, autoconfrontation croisée	64
Figure 13. Organigramme du centre François Gallouedec.....	69
Figure 14. Synoptique du fonctionnement de STMS d'après Desarménien (2012)	73
Figure 15. Atelier geste professionnel au centre François Gallouedec	75
Figure 16. Objectifs de la visite en entreprise dans le dispositif STMS	77
Figure 17. Planning de l'intervention	83
Figure 18. Différents exercices du bilan d'évaluation initial	87
Figure 19. Bilan des bouteilles et variante avec des cubes.....	87
Figure 20. Visionnage et analyse des bilans filmés.....	87
Figure 21. Exemples d'exercices de rééducation	88
Figure 22. Mise en situation professionnelle	89
Figure 23. Mise en situation d'activités de vie domestique	89
Figure 24. Atelier thérapeutique « Agir sur mon quotidien »	89
Figure 25. Cadrage de Marie et d'une patiente ne souhaitant pas être filmée.	130
Figure 26. Position de fonction et position de repos de la main.	138

Figure 27. Comparaison de la position de fonction entre Claire et Marie	138
Figure 28. Simulation d'un patient « menant un cheval à la longe »	144
Figure 29. Marie utilise une baguette pour tenter de reproduire les mouvements impromptus de la tête d'un cheval	149
Figure 30. Premier dilemme de métier : réentraîner des capacités physiques ou entraîner à un nouveau geste	153
Figure 31. Second dilemme de métier : analyser un problème biomécanique ou aider la personne pour qu'elle puisse réaliser son travail	155
Figure 32. Troisième dilemme de métier : mettre en place une fiction professionnelle ou organiser un exercice	157
Figure 33. Formalisation successive des dilemmes durant l'intervention	160
Figure 34. Modèle biopsychosocial des processus interactifs impliqués dans la santé et la maladie (Gatchel, 2004, p. 798)	176

Table des tableaux

Tableau 1. Classification des principaux TMS des membres et du rachis (European Agency for Safety and Health at Work, 1999; Ministère des affaires sociales et de la santé, 2015)	19
Tableau 2. Transformation de la préoccupation des ergothérapeutes	81
Tableau 3. Chronologie de l'intervention	85
Tableau 4. Liste des séquences de travail répertoriées lors de l'observation.....	90
Tableau 5. Calendrier des autoconfrontations simples et croisées.....	92
Tableau 6. Les quatre registres du métier	111
Tableau 7. Différences entre exercice et fiction professionnelle	159

Table des Extraits

Extrait 1. Autoconfrontation croisée entre deux ergothérapeutes : orientation du dialogue sur le patient.....	50
Extrait 2. Réunion bilan de l'intervention : la « violence » des objections des patients	76
Extrait 3. Autoconfrontation croisée entre deux ergothérapeutes : « On n'arrive pas aller forcément loin sur la partie professionnelle »	82
Extrait 4. Réunion du groupe de travail du 15 décembre 2016 : la visite en entreprise « ça ne fait plus peur »	100
Extrait 5. Autoconfrontation croisée entre Claire et Marie : « on l'a défendu becs et ongles »	103
Extrait 6. Autoconfrontation croisée entre Claire et Marie : « on a besoin de matière ».....	104
Extrait 7. Autoconfrontation croisée entre Claire et Marie : « ça c'est pas comme ça ».....	105
Extrait 8. Autoconfrontation croisée entre Claire et Marie : « entraînement et réentraînement ».....	123
Extrait 9. Autoconfrontation croisée entre Claire et Marie : « le poing serré », partie 1.....	132
Extrait 10. Autoconfrontation croisée entre Claire et Marie : « le poing serré », partie 2.....	135
Extrait 11. Autoconfrontation croisée entre Claire et Marie : « ce n'est pas un cheval »	146
Extrait 12. Alternance de l'emploi des pronoms je et on par Marie lors d'une autoconfrontation croisée	148
Extrait 13. Extrait de l'atelier geste professionnel de décembre 2015	149

Annexes

Annexe 1 - Million Visual Analog Scale

DATE : _____ NAME : _____

PLEASE MAKE AN "X" ALONG THE LINE TO SHOW HOW FAR FROM NORMAL TOWARD THE WORST POSSIBLE SITUATION YOUR PAIN PROBLEM HAS TAKEN DURING THE PAST WEEK.

1. How bad is your pain ?
no pain |-----| worst possible

2. How bad is the pain at night ?
no pain |-----| worst possible

3. Does the pain interfere with your lifestyle ?
no problem |-----| total change in lifestyle

4. How good are pain killers for you pain ?
complete relief |-----| no relief

5. How stiff is your injured area ?
no stiffness |-----| worst possible stiffness

6. Does your pain interfere with walking ?
no problem |-----| cannot walk

7. Do you hurt when walking ?
no pain |-----| worst possible

8. Does your pain keep you from standing still ?
can stand as long as I want |-----| cannot stand at all

9. Does your pain keep you from twisting ?
no problem |-----| cannot twist

10. Does your pain allow you to sit in an upright hard chair ?
sit as long as I like |-----| cannot use a hard chair at all

11. Does your pain allow you to sit in a soft arm chair ?
sit as long as I like |-----| cannot use a soft chair at all

12. Does your injury body part hurt when lying in bed ?
no pain |-----| no relief at all

13. How much does your pain limit your normal lifestyle ?
no limit |-----| cannot do anything

14. Does your pain interfere with your activities of daily living or work ?
no problem |-----| major problem

15. How much have you had to change your home or work place activities because of pain ?
no change |-----| a great deal of change

Annexe 2 - Exemple de description d'un métier selon le Dictionary of Occupational Title (DOT)

CODE: 076.121-010

TITLE(s): OCCUPATIONAL THERAPIST (medical ser.)

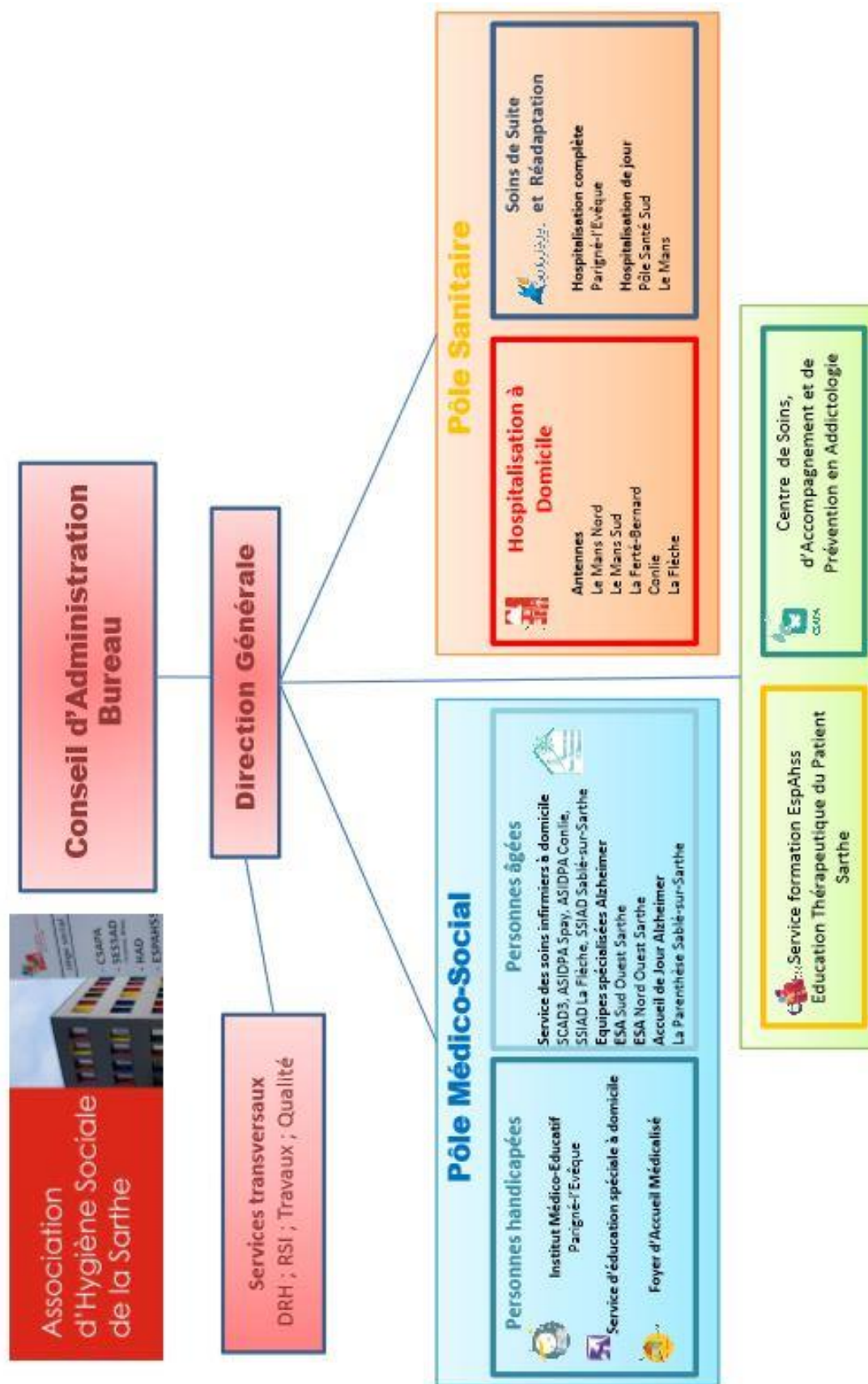
Plans, organizes, and conducts occupational therapy program in hospital, institution, or community setting to facilitate development and rehabilitation of mentally, physically, or emotionally handicapped: Plans program involving activities, such as manual arts and crafts; practice in functional, prevocational, vocational, and homemaking skills, and activities of daily living; and participation in sensorimotor, educational, recreational, and social activities designed to help patients or handicapped persons develop or regain physical or mental functioning or adjust to handicaps. Consults with other members of rehabilitation team to select activity program consistent with needs and capabilities of individual and to coordinate occupational therapy with other therapeutic activities. Selects constructive activities suited to individual's physical capacity, intelligence level, and interest to upgrade individual to maximum independence, prepare individual for return to employment, assist in restoration of functions, and aid in adjustment to disability. Teaches individuals skills and techniques required for participation in activities and evaluates individual's progress. Designs and constructs special equipment for individual and suggests adaptation of individual's work-living environment. Requisitions supplies and equipment. Lays out materials for individual's use and cleans and repairs tools at end of sessions. May conduct training programs or participate in training medical and nursing students and other workers in occupational therapy techniques and objectives. May plan, direct, and coordinate occupational therapy program and be designated Director, Occupational Therapy (medical ser.).

GOE: 10.02.02 / STRENGTH: M / GED: R5 M4 L5 / SVP: 7 / DLU: 89

Lexique :

- **GOE** : Guide for Occupationnal exploration. (ex. 10 = humanitarian)
- **STRENGTH** : S-Sedentary Work, L-Light Work, M-Medium Work, H-Heavy Work V-Very Heavy Work (ex. M = M-Medium Work - Exerting 20 to 50 pounds of force occasionally, and/or 10 to 25 pounds of force frequently, and/or greater than negligible up to 10 pounds of force constantly to move objects. Physical Demand requirements are in excess of those for Light Work.)
- **GED** : General Educational Development (ex. R5 = Reasoning developpement level 5)
- **SVP** : Specific Vocational Preparation (ex. 7 = over 2 years up to and including 4 years)
- **DLU** : Date of Last Uptade

Annexe 3 - Organigramme de l'Association d'Hygiène Sociale de la Sarthe



Annexe 4 - Planning du groupe RFR du 29 mai au 23 juin 2017

Pour les consultations à la demande,
merci de vous adresser au
Secrétariat Médical



PLANNING RFR

SEMAINE 1 Du 29/05/17 au 02/06/17

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
8H30 ADMISSION		8H45 APA		8H45 ERGOTHERAPIE
10H15 ERGOTHERAPIE	8H45 KINESITHERAPIE	8H45 ERGOTHERAPIE	8H45 KINESITHERAPIE	8H45 APA
11H00 RELAXATION	11H00 RELAXATION	10H45 KINESITHERAPIE	10H45 ERGOTHERAPIE	10H45 REUNION DE SYNTHESE PARAMEDICALE
FIN 11H45	REPAS DE 11H45 A 12H30	FIN 11H45	REPAS DE 11H45 A 12H30	
	13H30 ATELIER THERAPEUTIQUE Salle n°2 Le dos comment ça marche ?		13H30 ATELIER THERAPEUTIQUE Salle d'ERGO Agir sur mon quotidien	
	14H30 PAUSE		14H30 PAUSE	
	15H00 APA Salle Cardio		15H00 APA Gymnase	
	16H00 BALNEOTHERAPIE		16H00 BALNEOTHERAPIE	
	FIN 17H00		FIN 17H00	

SEMAINE 2 Du 06/06/17 au 09/06/17

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
	8H45 Information médicale Salle de réunion n°2	8H45 APA		8H45 ERGOTHERAPIE
	9H45 KINESITHERAPIE	9H45 ERGOTHERAPIE	9H45 KINESITHERAPIE	9H45 APA
	10H45 APA	10H45 KINESITHERAPIE	10H45 ERGOTHERAPIE	10H45 REUNION DE SYNTHESE PARAMEDICALE
	REPAS DE 11H45 A 12H30	FIN 11H45	REPAS DE 11H45 A 12H30	
	13H30 GROUPE DE PAROLE Salle n°2		13H30 ATELIER THERAPEUTIQUE Salle n°2 "Le travail si on en parle"	
	14H30 PAUSE		14H30 PAUSE	
	15H00 APA Salle Cardio		15H00 APA Gymnase	
	16H00 BALNEOTHERAPIE		16H00 BALNEOTHERAPIE	
	FIN 17H00		FIN 17H00	

SEMAINE 3 Du 12/06/17 au 16/06/17

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
8H45 APA		8H45 APA		8H45 ERGOTHERAPIE
8H45 ERGOTHERAPIE	8H45 KINESITHERAPIE	8H45 ERGOTHERAPIE	8H45 KINESITHERAPIE	8H45 APA
11H00 RELAXATION	10H45 APA	10H45 KINESITHERAPIE	10H45 ERGOTHERAPIE	10H45 REUNION DE SYNTHESE PARAMEDICALE
FIN 11H45	REPAS DE 11H45 A 12H30	FIN 11H45	REPAS DE 11H45 A 12H30	
	13H30 ATELIER THERAPEUTIQUE Salle n°2 Activité physique		13H30 ATELIER THERAPEUTIQUE Salle d'ERGO Réduire pour mieux agir	
	14H30 PAUSE		14H30 PAUSE	
	15H00 APA Salle Cardio		15H00 APA Gymnase	
	16H00 BALNEOTHERAPIE		16H00 BALNEOTHERAPIE	
	FIN 17H00		FIN 17H00	

SEMAINE 4 Du 19/06/17 au 23/06/17

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
8H45 APA		8H45 APA		8H45 ERGOTHERAPIE
8H45 ERGOTHERAPIE	8H45 KINESITHERAPIE	8H45 ERGOTHERAPIE	8H45 KINESITHERAPIE	8H45 APA
11H00 RELAXATION	10H45 APA	10H45 KINESITHERAPIE	10H45 ERGOTHERAPIE	10H45 REUNION DE SYNTHESE PARAMEDICALE
FIN 11H45	REPAS DE 11H45 A 12H30	FIN 11H45	REPAS DE 11H45 A 12H30	
	13H30 ATELIER THERAPEUTIQUE Salle n°2 Questions posées aux champions ?		13H30 ATELIER THERAPEUTIQUE Salle d'ERGO Cours à la fin	
	14H30 PAUSE		14H30 PAUSE	
	15H00 APA Salle Cardio		15H00 APA Gymnase	
	16H00 BALNEOTHERAPIE		16H00 BALNEOTHERAPIE	
	FIN 17H00		FIN 17H00	

Annexe 5 - Planning type STMS 2017

PLANNING TMS

Pour les consultations à la demande,
merci de vous adresser au
Secrétariat Médical



SEMAINE 1
PATIENT D :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI
8H45 ACCUILLI THERAPEUTIQUE		8H45 BALNEOTHERAPIE		8H45 REUNION DE SYNTHESE ET APA
9H45 DOSSIER ADMINISTRATIF 10H15 KINE - JEAN NOEL	9H45 APA	9H45 10H15 PAUSE KINE - JEAN NOEL	8H45 GROUPE COORDINATION	8H45 ATELIER GESTE PROFESSIONNEL
10H45 ERGO	10H45 ERGO	10H45 APA	10H45 APA	11H15 AUTO-ETIREMENT
REPAS	FIN 11H45	FIN 11H45	FIN 11H45	FIN 11H45
13H30 BALNEOTHERAPIE	ACTIVITE PHYSIQUE PERSONNELLE A EFFECTUER A DOMICILE			
14H30 ETIREMENT				
FIN 15H00				

SEMAINE 2
PATIENT D :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI
8H45 GROUPE COORDINATION	8H45 Information médicale Dr Bruggeman Salle de réunion n°2	8H45 BALNEOTHERAPIE		8H45 REUNION DE SYNTHESE ET APA
9H45 AUTO-ETIREMENT 10H15 KINE - JEAN NOEL	9H45 APA	9H45 AUTO-ETIREMENT 10H15 KINE - JEAN NOEL	8H45 GROUPE COORDINATION	8H45 ATELIER GESTE PROFESSIONNEL
11H00 RELAXATION	10H45 ERGO	10H45 APA	10H45 APA	11H15 AUTO-ETIREMENT
REPAS	REPAS	FIN 11H45	FIN 11H45	FIN 11H45
13H30 BALNEOTHERAPIE	ACTIVITE PHYSIQUE PERSONNELLE A EFFECTUER A DOMICILE			
14H30 ETIREMENT				
FIN 15H00				

SEMAINE 3
PATIENT D :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI
8H45 GROUPE COORDINATION		8H45 BALNEOTHERAPIE		8H45 REUNION DE SYNTHESE ET APA
9H45 AUTO-ETIREMENT 10H15 KINE - JEAN NOEL	9H45 APA	9H45 AUTO-ETIREMENT 10H15 KINE - JEAN NOEL	8H45 GROUPE COORDINATION	8H45 ATELIER GESTE PROFESSIONNEL
11H00 RELAXATION	10H45 ERGO	10H45 APA	10H45 APA	11H15 AUTO-ETIREMENT
REPAS	FIN 11H45	FIN 11H45	FIN 11H45	FIN 11H45
13H30 BALNEOTHERAPIE	ACTIVITE PHYSIQUE PERSONNELLE A EFFECTUER A DOMICILE			
14H30 ETIREMENT				
FIN 15H00				

Veha.local\DONNEES\partage\COMMUN FSS\GROUPE TMS 5 SEMAINES\GROUPE TMS 2017\NOUVEAU PLANNING DE BASE STMS (MODIFIE
LE 23/08/2016) Créé le 23/08/2017

SEMAINE 4
PATIENT D :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI
8H45 GROUPE COORDINATION		8H45 BALNEOTHERAPIE		8H45 REUNION DE SYNTHESE ET APA
9H45 AUTO-ETIREMENT 10H15 KINE - JEAN NOEL	9H45 APA	9H45 AUTO-ETIREMENT 10H15 KINE - JEAN NOEL	8H45 GROUPE COORDINATION	8H45 ATELIER GESTE PROFESSIONNEL
11H00 RELAXATION	10H45 ERGO	10H45 APA	10H45 APA	11H15 AUTO-ETIREMENT
REPAS	FIN 11H45	FIN 11H45	FIN 11H45	FIN 11H45
13H30 BALNEOTHERAPIE	ACTIVITE PHYSIQUE PERSONNELLE A EFFECTUER A DOMICILE			
14H30 ETIREMENT				
FIN 15H00				

SEMAINE 5
PATIENT D :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI
8H45 GROUPE COORDINATION		8H45 BALNEOTHERAPIE		8H45 REUNION DE SYNTHESE ET APA
9H45 AUTO-ETIREMENT 10H15 KINE - JEAN NOEL	9H45 APA	9H45 AUTO-ETIREMENT 10H15 KINE - JEAN NOEL	8H45 GROUPE COORDINATION	8H45 ATELIER GESTE PROFESSIONNEL
11H00 RELAXATION	10H45 ERGO	10H45 APA	10H45 APA	11H15 AUTO-ETIREMENT
REPAS	FIN 11H45	FIN 11H45	FIN 11H45	FIN 11H45
13H30 BALNEOTHERAPIE	ACTIVITE PHYSIQUE PERSONNELLE A EFFECTUER A DOMICILE			
14H30 ETIREMENT				
FIN 15H00				

Veha.local\DONNEES\partage\COMMUN FSS\GROUPE TMS 5 SEMAINES\GROUPE TMS 2017\NOUVEAU PLANNING DE BASE STMS (MODIFIE
LE 23/08/2016) Créé le 23/08/2017

Annexe 6 - Synthèse de la réunion bilan de l'intervention du 20 avril 2017

Personnes présentes: Dr B. (médecin MPR), Claire (ergothérapeute HDJ), Vincent Guéné (intervenant-chercheur), Dr P. (médecin référent « lombaction »), S. (ergothérapeute HC), Me (ergothérapeute HDJ)

Objet de la réunion.

La réunion tenue le 20 avril 2017 concluait un cycle d'intervention avec les ergothérapeutes du centre François Gallouedec. Cette réunion avait pour but de soumettre les problématiques construites lors de l'intervention par les ergothérapeutes à partir de leurs pratiques quotidiennes. Cette restitution ne doit pas être une conclusion mais une ressource pour reprendre les questions ayant émergées et proposer des développements nouveaux.

Un des objets ayant animé le travail avec les ergothérapeutes, et le point central de la réunion, est la place accordée à la question professionnelle lors de la prise en charge des patients atteints de TMS ou de lombalgie.

Rappel des questions instruites avec le groupe de travail d'ergothérapeutes.

Les questions suivantes ont donné lieu à des montages vidéo basés sur des extraits de pratiques des ergothérapeutes et des commentaires qui en sont fait.

Première question: *Comment faire partager son « savoir-faire » par les ergothérapeutes réalisant l'atelier geste professionnel auprès de leurs collègues ?*

S'intéresser au travail, est-ce un but de métier pour les ergothérapeutes. Si certaines ergothérapeutes ont développé une pratique spécifique, cela peut poser une question du point de vue du métier.

Seconde question: *Comment améliorer l'efficacité de l'évaluation de nos actions quand on s'intéresse au travail?*

Plus largement, quels sont les moyens matériels et conceptuels des ergothérapeutes pour s'intéresser à la question du travail ou plus spécifiquement au geste professionnel?

Troisième question: *Comment prendre en charge collectivement, via l'équipe pluridisciplinaire ou les ressources extérieures, la question du travail?*

La question peut se décomposer en deux temps. Quelle vision possède-t-on de la question du travail entre les différents acteurs internes au centre de rééducation? Quelle est la place à prendre pour le processus de rééducation au sein du processus de retour au travail des patients/travailleurs?

La présentation des montages vidéos a servi de base aux échanges ayant pu avoir lieu lors de la réunion.

Les trois thématiques abordées lors de la réunion.

Voici une tentative de regroupement en quelques points saillants des échanges ayant eu lieu lors de la réunion.

Les "portes" entre le monde de la santé et le monde du travail.

Quelle sont les places et les rôles des différents intervenants: patient/travailleur, médecin du travail, médecin de rééducation, ergothérapeute, ergonomiste, infirmière du travail...? Quels sont les capacités d'action des uns et des autres?

En supposant un modèle du type acquisition d'une nouvelle gestuelle puis transposition dans un autre contexte, la question a été posée de savoir dans quelle mesure et comment intervenir sur cette transposition (responsabilité du patient/travailleur, méthode et moyen d'action de la rééducation, rôle du service de santé au travail...).

Toutes ces questions croisent deux angles d'approches. Un premier centré sur l'interaction entre les différents acteurs. Un second prend davantage en considération la question du développement du geste du patient/travailleur.

Que faut-il faire des "portes" entre le monde de la santé et le monde du travail? Cela amène à s'interroger sur ses capacités d'actions et ses zones de légitimité.

Propositions évoquées:

- ✓ Obtenir une vidéo du poste de travail à l'entrée en centre de rééducation. L'objectif serait d'orienter le travail des professionnels de santé et limiter les fausses représentations. En fonction de la personne pouvant la réaliser (service de santé au travail, entreprise ou patient/travailleur lui-même), cela permettrait une implication en amont du processus de rééducation.
- ✓ La visite en entreprise pendant la rééducation est déjà réalisée pour STMS. En fonction de la possibilité d'obtention des autres vidéos, redéfinir le rôle et les attentes de cette visite (film, séquence d'entraînement sur poste...)
- ✓ Obtenir une vidéo du patient/travailleur après sa rééducation qui sera revue par le médecin MPR. Les ergothérapeutes proposent de revoir la vidéo avec le patient pour procéder à des ajustements. Cette option semble évaluée comme trop "couteuse" en termes de moyens.
- ✓ Utiliser et développer le questionnaire RepréPartage en collaboration avec l'équipe Ester de l'université d'Angers. La finalité serait d'organiser le soutien dans le retour au travail du patient/travailleur avec certains acteurs du monde professionnel (service de santé au travail).

Points de vigilance:

- ✓ La demande de réalisation des vidéos devra être précise: quid de l'autorisation de l'entreprise et de la confidentialité? Quel acteur sera sollicité pour la réaliser (service de santé au travail, employeur, patient/travailleur)? Quelle séquence de travail filmer et quelle durée (en fonction du cycle de travail, de ce qui est perçu comme difficile pour le patient/travailleur ou contraignant par le service de santé au travail...)?
- ✓ "Comprendre" le travail pour travailler la gestuelle. L'objet de la rééducation n'est pas l'adaptation du poste de travail en soi. Il est en revanche envisageable de partager son évaluation avec d'autres acteurs (service de santé au travail, entreprise).
- ✓ Certains liens se font facilement avec des entreprises "connues". Mais attention, tous les patients ne viennent pas de l'industrie ou de grosses entreprises avec qui des contacts sont déjà noués.
- ✓ Faire attention aux attentes de rôles que l'on peut avoir et la réalité concrète du terrain. Un acteur peut avoir un rôle présumé (et même réel) mais des priorités différentes ou ne pas avoir les moyens de le réaliser. L'attente de rôle qu'on peut avoir n'enlève rien à la difficulté réelle d'action sur le terrain quand celui-ci n'est pas accompli.

Diffuser l'expérience déjà capitalisée par certains professionnels dans l'approche de la question professionnelle.

Une forme d'expertise s'est développée en interne par certains ergothérapeutes confrontés à l'activité professionnelle du patient/travailleur.

Propositions:

- ✓ Proposer lors d'une réunion intersite (entre ergothérapeutes) une forme de tutorat en permettant à des collègues ergothérapeutes d'accompagner les "référentes" lors d'une visite en entreprise (de son organisation à la visite). Le Dr B. évoque l'idée d'associer les kinésithérapeutes.
- ✓ Proposer lors d'une réunion intersite (entre ergothérapeutes) la possibilité de faire participer les ergothérapeutes, non habituelles, à l'atelier geste professionnel. Il faut voir la faisabilité en termes de planification avec les cadres de santé.

Points de vigilance:

- ✓ A priori essentiellement des questions de planifications.

Poursuivre la question de la place de la question de l'activité professionnelle au sein du centre de rééducation

Bien résumé par le Dr B. "Le partage des différents soignants sur la vision du travail, on va en reparler je pense".

Le débat a permis de relever différentes logiques selon les acteurs. La place accordée à l'activité professionnelle en rééducation dépendrait selon les acteurs de la rééducation: de la pathologie, de la nature des tâches de travail, de la demande du patient...

Propositions:

- ✓ Utiliser et développer le questionnaire RepréPartage en collaboration avec l'équipe Ester de l'université d'Angers. L'objectif serait de développer une vision commune sur le travail en interne au centre de rééducation.
- ✓ Définir les critères justifiant une visite en entreprise (pathologie, prise en charge en groupe ou individuelle, type de travail, demande du patient/travailleur, éloignement géographique...). Ces critères mériteraient d'être débattus collectivement entre médecins mais aussi en présence des personnes réalisant les visites en entreprises (ergothérapeutes) et des cadres de santé.

Points de vigilance:

- ✓ Prendre en considération les moyens matériels (humains et financiers) pour émettre des priorités.
- ✓ La prévention primaire demeure, d'un commun accord, la priorité. Pour les patients arrivant en rééducation, il est malheureusement "trop tard". Les modes d'actions doivent être adaptés.
- ✓ Les prises en charge en individuel ou en groupe n'offrent pas les mêmes possibilités d'action. Quel sens donner à la prise en charge rééducative en groupe? Le groupe pour créer une dynamique, gérer le "volume" de la patientèle...

Annexes Vidéos

(Sur clé USB)

Annexe vidéo 1 : « Entraînement et réentraînement »

Annexe vidéo 2 : « Le poing serré » (1/2)

Annexe vidéo 3 : « Le poing serré » (2/2)

Annexe vidéo 4 : « Ce n'est pas un cheval »

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné Vincent Guéné.....
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **06/09/2018**



Titre : La place du travail dans l'activité des ergothérapeutes : des dilemmes de métier
Le cas d'un « atelier geste professionnel » dans un programme multidisciplinaire de rééducation

Mots clés : clinique de l'activité, dilemme de métier, ergothérapeute, modèle biopsychosocial, rééducation, restauration fonctionnelle, travail

Résumé : Ce travail de thèse trouve son origine dans une intervention menée auprès du collectif d'ergothérapeutes du centre de rééducation François Gallouedec. Il prend pour objet les dilemmes de métier de ces professionnels lorsqu'ils sont confrontés à la question du travail des patients. L'intervention s'est déployée en suivant une méthodologie développementale propre à la clinique de l'activité. Elle a permis aux ergothérapeutes de prendre pour objet d'analyse leur propre travail lors de programmes de restauration fonctionnelle. La littérature sur ces programmes confirme le choix de s'intéresser aux ergothérapeutes comme principaux destinataires des questions professionnelles des patients. Cependant, les recherches dans le domaine tendent à éluder la question du travail des professionnels de santé et à résumer celui des patients au simple retour à l'emploi.

C'est justement pourquoi il nous a semblé intéressant de renverser la question en nous intéressant au travail de ceux qui s'intéressent au travail. Nous avons émis l'hypothèse que ce point difficile confrontait les ergothérapeutes du centre François Gallouedec à des dilemmes de métier notamment lors de la réalisation d'un « atelier geste professionnel ».

Les résultats de cette recherche montrent toute l'importance de s'intéresser au travail des professionnels de santé, ce qui est fait mais aussi ce qui n'est pas fait ou ce qu'on aurait voulu faire, pour le développement des modèles de prise en charge des patients. Le réel du travail des rééducateurs peut ainsi devenir une ressource dans la mise en place de programmes de rééducation qui souhaitent s'intéresser à la question du travail du patient.

Title : The place of work in the activity of occupational therapists: job dilemmas
The case of a "professional gesture workshop" in a multidisciplinary rehabilitation program

Keywords : clinical activity, job dilemmas, occupational therapist, biopsychosocial model, rehabilitation, functional restoration, work

Abstract : This thesis work originated in an intervention conducted with the collective of occupational therapists of the rehabilitation center François Gallouedec. It focuses on the job dilemmas of these professionals when confronted with the issue of patient's work.

The intervention was deployed following a developmental methodology specific to the clinic of the activity. It allowed occupational therapists to take their own work as an object of analysis during functional restoration programs.

The literature on these programs confirms the choice to focus on occupational therapists as the primary addressee for patients' professional issues. However, research in the field tends to evade the question of the work of health professionals and to summarize that of patients simply returning to employment.

This is why we felt it necessary to focus on the work of those who are interested in work. We hypothesized that this difficult point confronted the occupational therapists of the François Gallouedec center with job dilemmas, particularly during the realization of a "professional gesture workshop".

The results of this research show the importance of taking an interest in the work of health professionals, which is done but also what is not done or what we would have liked to do, for the development of models of patient care. The real work of the reeducators can thus become a resource in the implementation of rehabilitation programs that wish to be interested in the question of the work of the patient.