



S'appuyer sur l'expérience collective pour anticiper les risques psychosociaux

L'objet de cette contribution est de rendre compte d'une recherche réalisée dans un établissement de santé faisant face à des troubles graves relatifs au bien-être au travail. Envisager une recherche classique n'était pas possible eu égard à la fragilité du personnel, au contexte explosif de cet établissement. Mettre les salariés en action pour les aider à affronter cette situation et participer à son atténuation nous a semblé plus probant d'un point de vue éthique mais aussi scientifique.

Nous avons opté pour une démarche de recherche-intervention avec des sujets-acteurs et auteurs (Ardoino, 1993). S'agissant de construire une expérience destinée à prévenir et à anticiper les risques psychosociaux, nous avons tenu compte de la proposition de Herreros (2009) selon laquelle tout changement doit s'accompagner d'un changement de culture ; il ne peut y avoir de changement culturel sans changement réel et pérenne des comportements individuels. C'est le second point qui nous a confortés dans le fait d'impliquer les acteurs de terrain ; les comportements ne changent pas sur une injonction, Lewin et bien d'autres chercheurs l'ont maintes fois démontré. La démarche de recherche-intervention est fondée sur des acteurs de terrain impliqués qui, seuls, peuvent décider de s'engager dans un processus visant à faire émerger les savoirs d'action, il est donc essentiel qu'ils fassent partie intégrante du système d'intervention, ce qui renvoie à la « science en action » (Latour, 1989).

Nous sommes dans une configuration à visée praxéologique spécifique, dans laquelle le chercheur est placé dans la posture d'intervenant. Il est le tiers-intervenant qui va permettre d'éclairer une vision problématisée de la situation et de ses évolutions possibles. Nous avons ainsi mis en place un système acteurs/chercheur pour une opérationnalité et une opérationnalisation négociées ; il faut entendre ici un système qui intègre les acteurs concernés dans des choix méthodologiques

guidés par une rigueur scientifique. Le choix de la terminologie « système » n'est pas un effet de langage, nous aurions pu en effet choisir le traditionnel « comité de pilotage ». Cependant, la volonté d'agir en « système » est une manière de dépasser la simple constitution « mécanique » d'un groupe de travail, d'accentuer les aspects dynamiques et interactifs de la configuration de recherche, mais aussi de poser comme « principe » la symétrie des membres du système situé dans un contexte et orienté par des finalités, notamment apprendre de l'expérience, en référence au « changement orienté » (Lafortune, 2008). Une finalité est définie – comprendre pour anticiper – mais le chemin pour y parvenir est à construire.

Nous avons rencontré une cinquantaine d'acteurs concernés au cours de quatre réunions (douze à quatorze personnes) durant lesquelles nous avons structuré notre propos en partant de la problématique des troubles psychosociaux et psycho-organisationnels évoqués par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de l'établissement, puis nous avons soumis une architecture de démarche aux acteurs. C'est sous la forme d'un processus à faire vivre, par les propositions des acteurs de terrain, que se présentait cette architecture, en quatre étapes : communication (raconter son vécu dans l'institution à partir d'une situation emblématique à l'aide d'entretiens d'explicitation) ; réflexion (que faire de ce que l'on a appris) ; action (comment utiliser ce que l'on a appris) ; consolidation (comment traduire le changement au niveau opérationnel). Une synthèse des discussions/propositions a été présentée à l'ensemble des participants et des choix opérationnels généraux ont été validés.

Partir d'une situation emblématique pour enclencher la recherche

Cet établissement de santé présente une variété de situations de travail et de statuts professionnels, ainsi qu'une organisation complexe avec une présence continue (24h/24). La situation emblématique choisie par les acteurs est l'activité de relève interéquipes (transmission orale) à laquelle participent des infirmiers, des aides-soignants, les agents de services hospitaliers et le cadre infirmier. Au cours de ces réunions dont le temps est contraint (environ une heure dans cet établissement), sont principalement abordés les activités de la journée, les relations avec les résidents et leurs familles, mais également les rapports professionnels, qui ont une incidence sur le bien-être au travail ; au cours de ces transmissions, les salariés expriment leurs sentiments concernant l'activité et la charge de travail.

Les entretiens d'explicitation ont été réalisés autour de l'activité de transmission (avec enregistrement audio). Ils ont tous débuté par un processus de « réfléchissement » (Vermersch, 1994). Pour que le sujet accède à la conscience pré-réflexive relative à cette activité, nous avons créé les conditions d'une remise



en situation mentale ou plus exactement un revécu mental, non verbalisé dans un premier temps, dans une évocation intime de la situation, les yeux fermés. L'objectif de cette technique, également expérimentée en psychologie cognitive dans des situations de témoignages oculaires pour la justice (Py, 1995), est de faire émerger des réminiscences verbales diverses de son expérience (description de comportements, de sens donné, de sentiments ressentis, d'appréciation des interactions, de positions corporelles, d'ambiance, de détails contextuels...). Le sujet va progressivement vers une mise en mots : d'abord dans une position de parole incarnée, c'est-à-dire tournée vers lui-même – « la position d'évocation est une position introspective » (Vermersch, 2010) ; ensuite, il s'oriente vers une posture de communication, d'interactions avec le chercheur. L'enjeu de ces entretiens est de diriger l'attention du sujet sur lui-même, son vécu et son intervention dans la situation. Même si nous savons qu'aucune modalité d'entretien n'amènera le sujet à produire autre chose qu'une reconstruction de la situation, une réinterprétation à froid de la situation, nous considérons, avec Barbier, que cette mise en mots est signifiante du vécu de la rencontre entre le sujet et son contexte d'exercice : « Le vécu n'est pas dissociable du cours même de l'activité ; il survient dans et par l'activité [...] l'accès au vécu de l'activité [...] est difficile [...] on constate néanmoins l'usage de voies médiates [...] de dispositifs destinés à étayer la verbalisation du vécu ou l'accès à la part "préréfléchie" de l'expérience, comme l'entretien d'explicitation » (Barbier et Thievenaz, 2013).

Compte tenu de l'hétérogénéité des professionnels et de leurs activités, nous avons opté pour une analyse phénoménologique interprétative (Smith, 1995 ; Apostolidis, 2006) des entretiens en élaborant des catégories thématiques (*clusters*) à partir des connexions entre les différents thèmes et sous-thèmes relevés dans chaque entretien. Nous avons produit pour chaque entretien un tableau-résumé des catégories les plus significatives rendant compte de l'expérience singulière des interviewés.

C'est à partir des tableaux-résumés de ces entretiens, et des *clusters* qui en sont issus, que nous avons ensuite construit un guide d'observation des situations de transmission orale. A la demande des soignants, ces situations ont été enregistrées mais n'ont pas été filmées, car elles sont fréquemment interrompues par des résidents. Le chercheur, en position d'observation participante, se coulait dans l'objet de la discussion et produisait des relances et/ou des reformulations.

Le guide d'observation était structuré en un repérage dans les interactions, des rapports de place et de statut (physique et rôle) des interlocuteurs, de positionnement du sujet dans le jeu des prises de parole (en son nom ou au nom du collectif...), de la relation sur l'axe de la dominance associée à la considération, de l'écoute des autres et des enjeux identitaires, des positions de consensualité/soumission, de l'expression de valeurs et de leurs possibles conflits, du sens donné aux transmissions et aux activités décrites... C'est dans les moments

de discussion sur la pertinence des actions avec les justifications, la négociation et parfois le recours aux injonctions de la direction, que nous avons relevé le plus d'éléments. Mais l'observation s'est également centrée sur l'impact de la configuration de la salle de transmission. Cette salle exigüe, ne comportant pas suffisamment de sièges pour tous, encombrée de cartons et autres, signifiait déjà une hiérarchie. En effet, les places assises étaient prioritairement attribuées, nous pourrions même dire réservées, aux infirmières et aux aides-soignantes, les agents de services hospitaliers restant debout.

Dans la « phase action ou comment utiliser et traiter ce que l'on appris », le choix s'est porté sur des ateliers d'analyse des pratiques professionnelles, centrées sur une autoconfrontation collective aux données des étapes précédentes, présentées sous la forme de guides de réflexion thématique issus d'une interprétation des discours (entretiens) et des observations. Il s'agissait de générer des « controverses professionnelles » compte tenu du fait que les points de vue sur le même sujet – le résident – sont différents selon la profession exercée. C'est ce que Clot (2006) signifie ainsi : « Faire passer le travail réalisé d'un travailleur à l'autre à des fins de décantation. »

Pour conclure ce travail, dans la « phase consolidation ou comment traduire le changement au niveau opérationnel », nous avons collectivement décidé de produire des recommandations fondées sur l'expérience élaborée par le groupe et relatives à une construction des pratiques autour du projet de vie du résident dans une volonté de bienveillance. La formalisation de marqueurs de risques, donc des points de vigilance, a constitué une étape importante dans la construction de l'expérience, tant il est vrai qu'après l'avoir mise en mots verbalement, une nouvelle distanciation est nécessaire pour la mettre en mots écrits, pour choisir les « bons » mots qui parlent à tous.

D'une recherche-intervention à la construction d'une expérience

Nous présentons ici quelques éléments constitutifs de la construction de l'expérience à travers l'ensemble du processus mis en place (entretiens, observations, analyse des pratiques). Huxley (1954) disait déjà à l'époque que « l'expérience n'est pas ce qui arrive à l'individu, c'est ce que fait l'individu de ce qui lui arrive ». S'appuyer sur le vécu de l'individu et le faire travailler sur ce vécu transforme ainsi ce vécu en expérience par diverses opérations. Le sujet repère ce qui lui pose problème, organise une modalité de réponse qui va opérer une modification du schème initial et de l'acte qui s'ensuit, ce qui va aussi modifier son environnement. Mais pour actualiser cette expérience, il est nécessaire qu'elle soit conscientisée et que son sens en soit dévoilé ; c'est là que le processus de recherche-intervention mis en place peut soutenir cet engagement.



Pour ce qui concerne les risques psychosociaux et les risques psycho-organisationnels (à l'origine de la demande d'intervention), l'interprétation des données recueillies a permis d'en faire émerger un certain nombre. Ce sont les analyses des pratiques professionnelles, réalisées par les acteurs accompagnés par le chercheur, qui ensuite leur ont donné une intelligibilité en mettant en évidence l'articulation entre le sujet et son environnement. Nous verrons que l'expérience est « peut-être moins ce que l'on fait [action] ou ce que l'on a fait [acte passé] que ce que l'on dit [récit] et ce que l'on peut en faire [potentiel] » (Gréco, 2013).

Les récits d'expériences, apparaissant dans les entretiens et dans les réunions de transmission, sont des élaborations de la situation vécue, réinterrogées dans les séances d'analyse des pratiques. Mais elles ne peuvent participer à la construction de l'expérience que par le potentiel de distanciation et d'émancipation, du collectif, à l'égard des actes passés. Les marqueurs de souffrance au travail produits sont de diverse nature, de même que les propositions pour les prévenir, voire les anticiper. Nous allons reprendre les principaux.

Sur le plan des valeurs, l'importante charge de travail met à mal celles que portent les salariés, notamment prendre soin des résidents dans un acte de bienveillance : « Faire une toilette en dix minutes alors qu'il faudrait les aider à la faire eux-mêmes, à leur rythme, c'est très dur à accepter, mais ils sont trop nombreux, nous n'avons pas le temps de prendre le temps. » Les acteurs comparent ces activités aux chaînes de montage dans l'industrie ; ils les décrivent comme routinières, quasiment exemptes de respect et de considération pour le résident traité comme un objet, malgré une relation à la personne âgée établie par ailleurs. Ils craignent d'occuper une posture qui s'apparenterait à de la production de soins. En effet, une activité peut devenir « atone et univoque » (Clot, 2010) ; cet état est alors une puissance destructrice à la fois pour la construction de l'expérience, qui ne peut advenir, et pour la satisfaction au travail. Une possibilité cependant réside dans le collectif, et dans sa capacité à réinvestir l'objet pour lui redonner du sens dans un processus réflexif. Les éléments qui précèdent constituent un risque psychosocial dans le sens où il y a ici conflit de valeurs et charge importante de travail, ce que Clot nomme « le travail empêché », l'agent ne peut pas réaliser son travail au sens de « travail bien fait ». Cependant, l'une des voies de professionnalisation proposée par Wittorski (2007) – la réflexion sur l'action – constitue un enjeu à la fois de compréhension de l'action et de construction des savoirs d'expérience. Créer les conditions d'une investigation collective des situations et du vécu peut alors faciliter la coconstruction de l'expérience par la mise en débats de l'activité, en proposant à l'acteur de « se mettre par la force des choses à distance de lui-même, de se considérer comme l'acteur en partie étranger de sa propre action » (Clot et Faïta, 2000). Dans la recherche-intervention, la position du chercheur en tant que tiers-intervenant s'appuie sur un processus de mise à distance de l'action en vue de modifier les représentations des acteurs sur l'action, de générer de

nouveaux points de vue sur l'action et la situation afin de conscientiser l'expérience et d'enrichir les schèmes existants.

Au niveau des relations professionnelles, en première intention, les propos renvoient à la dimension fonctionnelle et procédurale des relations : « Les cuisines nous font monter les plateaux, on les distribue à ceux qui peuvent pas se lever, l'infirmière passe, après on fait le ménage de la chambre. » Ces verbalisations, centrées sur l'organisationnel, relèvent d'un constat froid, sans ce qui fait la chair de l'expérience, c'est-à-dire son vécu. Mais très vite, remontent à la conscience les éléments relatifs à la perception du vécu : « On est agent de service hospitalier, pas grand-chose en gros, on est transparent pour les familles, on est femme à tout faire pour les collègues, pourtant on en voit des choses et on en fait pour que le résident soit bien. » Ce vécu de la considération pour leur travail constitue un risque psychosocial. Mais nous observons que les agents portent un regard nouveau sur la situation, et commencent un travail de reconstitution. Ils montrent une volonté de se situer, de situer leur action dans le processus professionnel, et peut-être même de légitimer une place, une capacité réflexive. Progressivement, ils vont retrouver l'accès à l'espace, situé entre les procédures ou les normes et les actes réellement posés : « Entre ce qu'on nous demande de faire et ce qu'on fait, il y a souvent un grand écart ; on s'adapte à la situation, et aux résidents. » Dejours (Dejours et Molinier, 1994) distingue le travail prescrit, celui qui est formalisé dans des procédures, du travail réel, c'est-à-dire tous les ajustements que les salariés font pour produire effectivement ce qui est attendu. Néanmoins, ces ajustements peuvent ou non générer l'activité prescrite. Clot (2002) propose d'approfondir l'idée en s'intéressant au « genre » et au « style » professionnels. Le « genre » correspond à tout ce qui est en rapport avec la prescription (les règles qui organisent les échanges et les procédures professionnelles), alors que le style serait une « modulation du genre » liée à la singularité du sujet, à la manière d'être et d'agir propre au sujet. La reconstitution de ces morceaux supplémentaires participe de la construction de l'expérience. Selon Jarvis (2003), l'expérience se construit sur un triptyque composé des aspects personnels, des aspects du monde physique et de la dimension sociale.

Sur le plan des temporalités dans le discours, il convient d'observer que « l'expérience ne se reconstitue pas dans le passé mais dans le présent au moment de l'énonciation » (Gréco, 2013) ; ce qui nous intéresse ici, c'est la distinction que fait l'auteur entre une énonciation « impliquée » (« quand je suis auprès du résident, que je prends le temps de lui tendre son gant pour qu'il se débarbouille seul, que je vois son regard reconnaissant ») et une énonciation de référence (« quand on fait les toilettes, en général ça va vite »). Cette distinction est fondamentale dans le processus de conscientisation de l'expérience, car accompagner l'agent vers une énonciation impliquée permet de faire resurgir une élaboration très riche du vécu, alors que l'énonciation de référence reste au stade de l'inventaire plat,



sans consistance. Mais cette énonciation impliquée peut se heurter à des résistances, notamment dans une institution qui a vécu des drames (autolyse d'un agent) ; la difficulté à se dévoiler, à prendre le risque de se laisser submerger par la charge émotionnelle attachée aux activités est prégnante.

In fine, ce qui a été principalement débattu dans ces groupes d'analyse des pratiques et qui constitue des risques psychosociaux et psycho-organisationnels, ce sont les valeurs qui fondent le travail social, le regard porté par l'autre sur soi, la bientraitance du résident, la charge de travail. Les agents en ont fait une synthèse relativement simple en termes de recommandations ; ils proposent de se recentrer sur le cœur de leur activité (le résident), de partir du projet de vie de chaque résident fait de désirs, affinités, goûts, rythmes, dans un contexte où la famille a aussi sa place. Se décentrer de leur propre activité pour la repenser à partir de l'objet de leurs soins, opérer ce renversement de point de vue sur la situation témoigne d'une maturité réflexive et d'une transformation de l'expérience initialement construite.

La dialectique donne sens à l'expérience

Le processus d'élaboration progressive des situations a permis de découvrir toute la densité de l'expérience – avec en fond le travail réel par rapport au travail prescrit –, de faire prendre conscience aux salariés de l'expérience qu'ils portent et du « réservoir » de possibilités qu'ils peuvent mettre en lumière. Il s'agit non pas de gérer les risques psychosociaux, mais de les anticiper, en donnant une place au travail réel, aux ressources apportées par les acteurs de terrain, à leur capacité de faire face aux situations et à s'adapter. Ce travail de socialisation de l'expérience ne va pas de soi ; des obstacles peuvent entraver les sujets. Ainsi le fait de s'autoriser à reconnaître et à exprimer son expérience, le fait de dépasser le « sentiment de fraude » qui peut naître des ajustements réalisés dans l'action, cela en tenant compte de la perspective de l'individu ou du groupe relativement à la théorie du champ. L'expérience ne se réduit pas à l'activité, elle ne se limite pas aux espaces sociaux de l'action ; c'est dans une mise en mots que les ressources expérientielles s'élaborent et que leur intelligibilité se dévoile.

C'est la dialectique qui donne du sens à l'expérience, qui la fait vivre et lui donne corps. La mémoire est le ressort de cette reconstruction de l'expérience : retrouver la voie/voix d'une mémoire parsemée de creux (non dits) et de bosses (supplémentations), de chemins de traverses qui se nomment émotions, intentions, valeurs, enjeux, errances... C'est sur ce chemin que l'expérience s'est construite et que des changements se sont opérés, notamment l'effacement de certaines tensions par la prise en compte du regard que chaque agent porte sur ce qu'il pense être bien pour le résident. Le débat autour de ces points de vue, nécessairement différents selon l'activité de chacun, a permis par exemple d'identifier, de donner



du sens et de redéfinir l'action de chaque corps de métier en complémentarité des autres, après le constat de glissements de tâches progressivement opérés pour tenter de compenser le sentiment de travail mal fait (« j'en fais plus pour oublier que je ne fais pas bien »).

Nous pourrions conclure avec les mots de Clot (2002) : « Je regarde la clinique de l'activité comme un moyen de rendre à nouveau la vie défendable en milieu de travail lorsqu'une demande s'y manifeste. » Encore faut-il que les directions d'établissements redonnent aux acteurs la possibilité de se distancier de leurs activités pour retrouver un pouvoir d'agir en cohérence. Lorsque cela est rendu possible par les instances décisionnelles, on peut alors aborder les choses avec optimisme et s'intéresser aux ressources psychosociales qui permettront aux salariés de penser, de reconstituer et de formaliser leurs expériences, conditions essentielles pour les dépasser positivement.

Bibliographie

- APOSTOLIDIS, T. 2006. « Représentations sociales et triangulation : une application en psychologie sociale de la santé ». *Psicologia : Teoria e Pesquisa*. Vol. 22, N° 2, p. 211-226.
- ARDOINO, J. 1993. « L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives ». *Pratiques de formation-Analyses*. N° 25-26, p. 15-34.
- BARBIER, J.-M. ; THIEVENAZ, J. (dir. publ.). 2013. *Le travail de l'expérience*. Paris, L'Harmattan.
- BOURASSA, B. *et al.* 1999. *Apprendre de son expérience*. Montréal, Presses de l'Université du Québec.
- CLOT, Y. 2002. *La fonction psychologique du travail*. Paris, Puf.
- CLOT, Y. 2006. « Clinique du travail et clinique de l'activité ». *Nouvelle revue de psychosociologie*. N°1, p. 165-177.
- CLOT, Y. 2008. *Travail et pouvoir d'agir*. Paris, Puf.
- CLOT, Y. 2010. *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris, La Découverte.
- CLOT, Y. ; FAÏTA, D. 2000. « Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes ». *Travailler*. N° 6, p. 7-42.
- DEJOURS, C. ; MOLINIER, P. 1994. « De la peine au travail ». *Autrement*. N° 142, p. 138-151.
- GRÉCO, A. 2013. « Les discours interactifs d'expériences significatives ». *Dans* : J.-M. Barbier ; J. Thievenaz (dir. publ.). *Le travail de l'expérience*. Paris, L'Harmattan, p. 73-99.
- HERREROS, G. 2009. *Pour une sociologie de l'intervention*. Toulouse, érès.
- HUXLEY, A. 1954. *Les portes de la perception*. Paris, 10/18, 2001.
- JARVIS, P. 2003. *The Theory and Practice of Learning*. London, Kogan Page Limited.
- LAFORTUNE, L. 2008. *Un modèle d'accompagnement professionnel d'un changement*. Québec, Presses universitaires.



- LATOUR, B. 1989. *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences*. Paris, La Découverte.
- LE MEUR, G. ; HATANO, M. (dir. publ.). 2011. *Approches par l'analyse des activités*. Paris, L'Harmattan.
- LEPLAT, J. 1997. *Regards sur l'activité en situation de travail*. Paris, Puf.
- LEPLAT, J. 2000. *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie*. Toulouse, Octarès.
- PY, J. 1995. *Témoins sous influence*. Grenoble, Presses universitaires.
- SMITH, J. 1995. « Semi-structured interviewing and qualitative analysis ». *Dans : J. Smith et al. Rethinking Methods in Psychology*. London, Sage, p. 9-26.
- VERMERSCH, P. 1994. *L'entretien d'explicitation en formation continue et initiale*. Paris, esf.
- VERMERSCH, P. 2010. « De l'explicitation à ses bases théoriques ». *Expliciter*. N° 83, p. 15-22.
- WITORSKI, R. 2007. *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris, L'Harmattan.

