50ème congrès international. Société d'Ergonomie de Langue Française.

Archivé électroniquement et disponible en ligne sur :

www.ergonomie-self.org www.informaworld.com/ergo-abs

Texte original.*

Pouvoir d'agir, marge de manœuvre personnelle et sentiments au travail

Nadine POUSSIN

CNAM 41 rue Gay-Lussac 75005 Paris nadine.poussin@voila.fr

A partir des résultats d'une intervention auprès de médecins du travail, nous proposons d'interroger les liens entre développement des sentiments (notamment d'efficacité et d'utilité), développement des marges de manœuvre et développement du pouvoir d'agir. Pour cela, nous proposons de regarder l'intervention comme une confrontation des professionnels à leur propre activité et à celle de leurs pairs les amenant à une reprise de la conflictualité de celle-ci et à une réélaboration des buts et des motifs de l'activité. En cela, les processus à l'œuvre dans l'intervention sont psychosociaux et affectifs. Favoriser ces processus dans l'intervention, permet, à certaines conditions que nous préciserons, que les professionnels, dans l'éprouvé d'affect, grâce à l'énergie retrouvée alors, reprennent les sentiments dominants dans un milieu professionnel et les transforment. Nous montrerons alors le lien entre cette transformation et une modification des manières de mener l'activité.

Mots-clés : activité, affect, pouvoir d'agir.

Power to act, Operational leeway and feelings at work.

On the basis of the results of an intervention conducted from an activity clinic perspective with occupational health physician, the aim of this article is to look at the links between development of feelings, development of Power to act and development of Operational Leeway. We analyse the intervention as a way to confrontate the professionals to their own activity and a way to product dialogue between them, during which they discuss arguments for and against specific procedures. We conclude that although the physicians were initially affected, embarrassed, and taken aback by the analysis of activity, this destabilization was productive in that it led to discuss the goals of actions and to reflect upon the relationships between the goals and motives of the activity. We analyse it as the condition of a change in feelings and a development of the power to act.

Key words: Activity, affect, Power to act.

INTRODUCTION

L'activité des médecins du travail est traversée par des dilemmes résultant pour partie de l'existence de contradictions fondatrices dans l'histoire de ce métier. C'est le constat auquel nous sommes parvenus dans le cadre d'une étude portant sur les actions des médecins du travail dans la prévention des TMS (Caroly, S, Cholez, C, Landry, A, Davezies, P, Poussin, N, Bellemare, M. et al, 2011). On peut prendre comme exemple de ces contradictions le maintien de la consultation médicale (qui a une visée diagnostique) dans une médecine de prévention. D'aucun en vienne à considérer que ce métier est impossible, voire qu'il y a une organisation de l'inefficacité, de l'impuissance des médecins du travail (Dimerman, Domergue, Fonchain, Pascual & Sterdyniak, 2008). Pour le moins, il y a des raisons de se préoccuper de la vitalité de ce métier par ailleurs dévalorisé (Bachet, 2011 ; Marichalar, 2010 & 2011). Au plan psychologique, la dévalorisation prend la forme d'un sentiment que nous avons pu constater : un sentiment « d'inefficacité » ou « d'inutilité » est très largement évoqué par les médecins du travail. Nous avons pu démontrer ailleurs (Poussin, 2014) la construction sociale de ses sentiments.

Nous nous proposons ici d'étudier le destin de ces sentiments quand les médecins du travail ont l'occasion d'analyser leur manière de travailler dans un cadre qui vise à provoquer le développement du pouvoir d'agir. A quelles conditions ce sentiment, que nous prenons comme le signe d'un développement impossible du pouvoir d'agir, peut-il se transformer ? Nous chercherons là à instruire la question des liens entre développement du pouvoir d'être affecté, marge de manœuvre et pouvoir d'agir. Ce faisant, nous chercherons à clarifier la distinction que nous posons entre pouvoir d'agir et marge de manœuvre et les effets induits sur la conception du dispositif d'intervention.

Dans une première partie, nous reviendrons brièvement sur le dispositif d'intervention, les étapes et les résultats de celle-ci. Dans une deuxième partie, nous proposons une analyse de nos résultats. Puis nous reviendrons sur les leçons que nous pensons pouvoir en tirer quant à la teneur du dispositif d'intervention.

UNE INTERVENTION AUPRES DE MEDECINS DU TRAVAIL : LE CAS DE M1

De 2009 à 2012, suite à une étude qui portait sur le rôle des médecins du travail dans la prévention des TMS (et qui avait mobilisé quinze médecins durant deux ans), nous avons conduit, en réponse à la demande d'une partie de ces médecins du travail (5), une intervention portant sur les conditions de possibilité dans le contexte de dévalorisation et de mutation du métier de développer leur sentiment d'efficacité. Pour rappel, notre dispositif d'intervention[1] nous conduit à produire des traces de l'activité (par exemple des films d'activité) et nous proposons aux professionnels une confrontation à ces traces, d'abord seul avec le chercheur (autoconfrontation simple) puis à deux professionnels (auto confrontation croisée). Nous travaillons ensuite avec l'ensemble des professionnels à une reprise collective des analyses produites et à leur mise en débat dans leur milieu de travail.

Pour cette recherche, faute de pouvoir filmer l'activité de l'examen clinique, nous avons organisé des séances de mimes de cet examen[2]. Le mime, le « jeu » des gestes de l'examen médical ont été réalisés à vide (sans « patient », ni mannequin) dans leur cabinet. Nous en avons forcés la production, en cela, ce mime n'a pas le même statut que dans l'expérience menée par Teiger (1995) où il vient spontanément soutenir une explication verbale. Dans notre dispositif, leur reprise pour analyse avec l'intervenant-chercheur puis entre les médecins a été l'occasion d'un travail, « à retardement », non par l'accès à des représentations enfouies mais par la production d'affect, de décontenancement.

Nous allons décrire ici plus particulièrement l'expérience réalisée par l'un des médecins M1[3] dans l'intervention. Son discours, au début de celle-ci, montre son attachement à la pratique de l'examen qu'elle dit faire « de la tête au pied ».

Lors du film du mime de l'examen, M1 est conduite à reproduire un geste de percussion[4]. Il s'agit d'un geste qu'elle dit faire de manière systématique lors de chaque examen de salarié. Elle le mime une première fois, très rapidement, puis en réponse à la demande de l'intervenante de préciser son geste, une deuxième fois, à nouveau très rapidement.

Lors de l'autoconfrontation simple, M1 indique que ce bref moment a été un moment très particulier pour elle, qu'elle y a comme perdu ses moyens. « *Ça ne s'est pas vu* » dit-elle *« mais moi je ne savais plus faire »*. Elle précise : *« je sais que pour la percussion je t'ai pas bien montré (…) je m'en suis rendue compte après et pourtant je fais ça tout le temps (…)*

[1] Pour une présentation plus détaillée, voir Poussin, 2014, et Clot 2008 & 2014.

[2] Pour une présentation plus précise du mime et des distinctions avec la simulation voir Poussin 2014.

[3] M1 est médecin du travail en service interentreprises, elle a plus de vingt ans d'expérience.

[4] La percussion permet d'estimer l'augmentation de volume d'un organe plein comme le foie ou la rate ou de repérer la présence de liquide (abdomen ou thorax). Elle peut se faire de deux manières : soit directement (thorax) avec l'extrémité des doigts recourbés, soit la zone à percuter est trop molle (abdomen) il faut se servir alors des deux mains, l'une posée sur la zone du corps à examiner et l'autre percutant. Ce qui compte donc ce n'est pas ce qui se passe sous les mains (à la différence de la palpation) mais ce que le médecin entend.

je fais ça tout le temps et j'étais incapable de te montrer le geste »

Il est important de préciser que ce geste familier est le seul qu'elle n'a pas « réussi » à mimer. Elle ajoute : *« c'était dans ma tête et je me suis dit ah au fait euh je fais je fais comment ? C'est vrai que bon et après je t'ai dit bon je mets mes mains comme ça (elle mime un geste de percussion) etc mais sur le moment j'ai eu, je sais pas, un temps mais comment je fais ? »*

Autrement dit elle parvient à réaliser le geste (elle le fait d'ailleurs à nouveau lors de l'autoconfrontation simple) mais le problème qu'elle semble rencontrer à ce moment là est qu'elle ne le reconnaît pas et qu'elle ne s'y retrouve pas. On regarde cette perte de moyens, ce trouble, comme le signe d'un affect lié à la perte du sens de son activité.

Lors de l'autoconfrontation croisée, avec sa collègue M2[5], au moment où elles regardent ce moment de la simulation de la percussion, on peut voir que cette nouvelle confrontation au film ne laisse pas M1 tranquille puisqu'elle mime à nouveau le geste sous la table. On peut faire l'hypothèse qu'elle continue à chercher ce geste qu'elle ne retrouvait plus et sur lequel elle s'était « trompée » et qu'elle vérifie qu'il est bien à sa disposition pour pouvoir s'engager dans l'échange avec sa collègue.

Mais une autre surprise l'attend : M2 arrête le film et dit « *j'avoue ça je ne le fais pas* ». L'élément de surprise ne vient pas de l'arrêt du film[6] mais de l'affirmation que la percussion ne fait pas partie, selon elle, des gestes à réaliser lors de l'examen d'un salarié.

Le dialogue qui s'engage alors va porter sur la pertinence, l'intérêt, la nécessité ou non de faire ce geste. Cela donne lieu à un débat soutenu entre elles et à un échange d'arguments en faveur de l'exécution ou non de ce geste.

Arrêtons-nous maintenant sur ce que M1 indique, lors de la réunion de bilan de l'intervention, retenir du travail d'analyse réalisé : *« On a le sentiment que tout le monde nous dénigre tout le monde passe son temps à dire la médecine du travail ça sert à rien, le médecin du travail c'est que les nuls qui vont là dedans, enfin bref, on en entend de tout qu'on n'est pas des vrais médecins que ça sert à rien etc et finalement de se retrouver là et d'avoir le sentiment que ce qu'on fait ça a du sens, c'est utile, euh… voilà c'est c'est ça redonne confiance ça redonne de l'énergie pour continuer et c'est bien voilà (léger rire) »*. L'ambiance émotionnelle de ce moment est palpable tant dans l'expression de M1 que dans le silence dans lequel ses collègues l'écoutent. L'intervenante lui demande alors de préciser quel lien elle peut faire entre le travail d'analyse réalisé et la modification de son sentiment. Voici sa réponse : *« par exemple moi depuis qu'on a parlé de l'examen clinique eh ben je me suis rendue compte qu'il m'arrivait, oh sacrilège ! qu'à certaine consultation je n'examine pas »*. Cet énoncé déclenche un rire puissant de ses collègues. M1 poursuit : *« c'était une chose inimaginable. Dans mon esprit, la consultation médicale c'est obligatoirement un examen médical. Même si c'était qu'un coup de stétho et la tension. Mais fallait qu'il y ait un semblant d'examen (…) il fallait quand même que je termine toujours par un petit quelque chose d'un examen médical. Et là maintenant je suis arrivée à me détacher de ça, sans culpabilité, formidable ! Et, et, encore hier eh bien je l'ai fait ! »*. A nouveau ses collègues éclatent de rires et elle les rejoint dans ce rire. Beaucoup de joie circule alors entre eux.

UNE ANALYSE DE NOS RESULTATS D'INTERVENTION : MARGE DE MANŒUVRE PERSONNELLE, POUVOIR D'ETRE AFFECTE, POUVOIR D'AGIR

On peut faire l'hypothèse que ce geste est à la fois anodin et central. Il traduit la positon personnelle de M1 face au dilemme social que l'on peut formuler ainsi : soigner les personnes/ s'occuper du travail et qui se manifeste par le sentiment de ne pas être de « vrais médecins ». En ce sens, ce geste est bien plus qu'un déplacement de segments corporels, il cristallise toute une histoire à la fois celle de la médecine du travail, drôle de médecine, privée du droit de prescrire et procédant à des examens médicaux de salariés non malades, et celle personnelle de ce médecin, son propre parcours, aux prises avec cette histoire du métier.

Cela permet de mieux comprendre pourquoi l'embarras de ce médecin est si fort. M1 s'est trouvée démunie face à la demande de l'intervenante de reproduire ce geste. Un affect est alors provoqué par le mime qui a eu pour effet de délier ce qui d'habitude fonctionne ensemble, d'un seul tenant (le geste, la situation, le contexte), ce qui est d'habitude « pris en bloc ». Cet affect est un ébranlement de son organisation habituelle dans laquelle le geste a sa place. En consultation, M1 fait de manière automatique une percussion, son activité et les émotions qui l'accompagnent, les « guides silencieux » (Rimé, 2005, p.83) accompagnent la réalisation de ce geste. Lors de l'activité de simulation, ce geste n'étant plus disponible, c'est l'embarras qui prend la place. On peut d'ailleurs si l'on visionne à nouveau la trace filmique de l'activité de simulation voir des traces de l'émotion qui a « pris le relais », « l'intérim » (Rimé, p.77) : on constate alors un temps d'hésitation dans sa réponse, un temps d'arrêt suivi d'une sorte d'emballement dans le rythme de sa phrase.

[5] M2 est une femme qui exerce dans le même service de santé et qui a elle aussi plus de vingt cinq ans d'expérience du métier.

[6] Il est demandé au professionnel qui commente les images de l'activité de son collègue d'arrêter le film dès qu'il souhaite faire un commentaire.

Mais l'embarras rencontré pendant la simulation se double dans l'autoconfrontation croisée d'un nouvel embarras puisque sa collègue discute l'utilité et l'efficacité de ce geste. M1 cherche alors à valider auprès de sa collègue mais aussi d'elle–même son choix de réaliser ce geste. In fine c'est « en elle même » que le choix de ce geste va être poussé dans ses retranchements.

L'examen physique et plus particulièrement ce geste de percussion, jusqu'alors automatisé, incorporé, parce qu'il n'est plus là, plus disponible pour être fait en mode automatique est redevenu une énigme. L'énigme ouvre la voie au problème : quel est le but poursuivi dans l'exécution de ce geste ? Le geste automatisé auquel elle ne réfléchissait plus redevient objet de réflexion. L'échange avec sa collègue l'oblige à chercher des arguments alors même que la perte de ce geste marque déjà une prise de distance avec celui-ci. Sans pouvoir donner à voir l'ensemble des arguments repris entre ces médecins (voir Poussin, 2014 & 2015), précisons seulement qu'il concerne à la fois l'utilité et l'efficience de ce geste.

Nous posons, en suivant Clot (2008, 2015), que l'affect dans l'intervention provoque une perte de contenance dans l'activité (gestuelle, langagière…) et qu'il entraîne dans le meilleur des cas la recherche d'une nouvelle contenance. L'affect provoque de la désorganisation, une forme de court circuit des comportements habituels, des déliaisons et la recherche de nouveaux liens. Ainsi les médecins dans l'activité d'analyse ont « buté » sur un geste (la percussion) ou sur une objection de leur collègue (« moi ça je ne fais plus »). Momentanément et partiellement, ils ne savent plus faire ou dire comme d'habitude. Cela a provoqué un trouble que le cadre de l'intervention leur a permis de reprendre et de mettre au travail.

La manière dont ils l'ont mis au travail s'est traduite par des échanges sur les buts poursuivis. Ainsi dans l'analyse du geste de percussion, on peut distinguer des rapports entre le but prescrit de la percussion confronté au but personnel de M1 (notamment faire un examen le plus complet possible pour tenir son rôle de médecin) au but de M2 (tenir la rentabilité clinique). Mais au-delà de la contradiction des buts ici réévalués il nous semble que c'est du sens du travail dont il est question. Un rapport entre ce qui occupe et ce qui préoccupe, entre les buts poursuivis et les mobiles définit le sens (Léontiev, 1975/1984). Le dérèglement de ce rapport a pour effet une perte de sens de l'activité pour les professionnels.

Cette manière de prendre la question du sens du travail nous emmène loin de celle, plus courante, qui affirme la nécessité d'une congruence entre un sujet et son activité (voir par exemple, Morin & Forest, 2007), l'activité étant la réalisation d'un sujet « déjà là » (notamment ses valeurs), dont l'identité déjà entièrement constituée doit s'actualiser de manière la plus cohérente possible. C'est alors, il nous semble, une vision étriquée de l'activité et de la subjectivité qui est mobilisée. Cette conception du sens du travail est celle qui circule massivement dans les programmes de prévention des risques psycho-sociaux. Les actions déclinées dans ces programmes visent à redonner du sens en modifiant les buts du travail, notamment en réglant les conflits de buts. Or, l'activité ne peut être définie comme l'atteinte d'un but, même redéfini pour « correspondre » au sujet, sans courir le risque de n'être plus qu'une adaptation de l'homme à son milieu.

A contrario, dans la question du sens, telle que nous la mobilisons, la création de celui-ci passe par une nouvelle hiérarchisation des buts entre eux et des motifs entre eux, par la formation de nouveaux buts et le développement des motifs et par une réorganisation du rapport entre but et motif et par une réévaluation des moyens utilisés. Autrement dit, la question du sens ne peut être dissociée de celle de l'efficience.

En effet, les deux voies de la régulation du développement de l'activité, sens et efficience (Clot, 2008 ; Clot & Simonet, 2015) ont été empruntées par les professionnels dans leurs échanges. L'ancrage des analyses dans la réalisation des gestes leur a donné la possibilité de reprendre les choix réalisés : quels gestes sont faits ou non ? Comment sont-ils réalisés quand ils le sont ? Quelles sont les manières économiques ou non de faire ? Dans quel ordre les réalise t-on ?…Les questions de l'efficacité et de l'utilité, remises en débat d'une manière profondément affective dans les autoconfrontations, rouvrent pour chacun des professionnels la question du sens de l'activité et de l'efficience de celle-ci.

De là, nous pouvons conclure que l'efficacité de l'activité est ici remise en jeu en suivant Clot qui pose « l'efficacité dynamique du bien faire » comme un synonyme du développement du pouvoir d'agir (2008, p. 18) dont les ressorts sont dans une alternance, sans coïncidence, entre développement du sens (de nouveaux rapports mobiles/buts) et développement de l'efficience (de nouveaux moyens pour atteindre les buts).

Les médecins du travail lors de l'analyse de leur activité ont éprouvé des affects, sources de déstabilisation, qui les ont portés à cette réorganisation, cette nouvelle hiérarchisation de quoi ? des buts ?. L'activité dialogique entre les professionnels secondés par l'intervenant autorise une réélaboration des buts poursuivis, par leur comparaison, par leur déplacement dans une autre activité, par l'échange d'activités qui s'opère alors. A cette nouvelle appréhension de l'efficacité se rattache un autre contenu affectif, lié à l'éprouvé durant l'analyse. Le sentiment d'efficacité est « réaffecté », revisité, revivifié.

Pour M1, le sentiment d'être plus efficace est associé à un renoncement, dans certains cas, à certaines actions dont l'efficacité a été réévaluée (ne plus faire la percussion en systématique). Le passage qu'elle a éprouvé là, dans son activité ordinaire, cet affect qui la détache du « déjà fait » (l'examen en

systématique) « sans culpabilité » est en quelque sorte un affect plus grand que celui éprouvé dans l'analyse, affect plus grand qui lui donne le sentiment d'être à l'origine des choses. Il y a développement affectif de nouveaux buts « inimaginables » jusqu'alors parce que le vécu devient moyen de vivre autre chose, le tout dans la joie (rapportée dans le collectif, partagée avec lui et de ce fait, enrichie avec lui). Autrement dit, le sentiment développé dans l'autoconfrontation croisée, suite à l'éprouvé d'un affect qui l'a poussée à débattre avec M2 des raisons de réaliser ce geste a pu devenir un instrument de réalisation de l'affect en situation ordinaire permettant de mener celle-ci différemment, d'imaginer d'autres manières et de s'y essayer. Il a permis la prise de conscience du développement possible de l'action, action dont on peut alors se sentir auteur, d'où son sentiment « revivifié » évoqué lors de la réunion de bilan. Le résultat de ce processus est à rapprocher de ce que Vygotski décrit : « Ce sentiment apparaît brusquement et élève l'individu à un plus haut niveau d'activité. Lors de fortes émotions, l'excitation et le sentiment de force fusionnent, libérant par là même une énergie mise en réserve et ignorée jusque là, et faisant prendre conscience de sensations inoubliables de victoire possible » (1933/1998, p.103).

Dans le cas de M1, nous pouvons constater le développement d'un pouvoir d'agir ? qui correspond moins à une maîtrise, une anticipation des actions réalisées et des effets possibles de l'interaction avec l'environnement qu'à l'existence d'« un champ de forces sur le clavier duquel le sujet peut jouer plus ou moins librement » d'une « latitude subjective » (Clot, 2008, p. 28) conquise. Ce pouvoir d'être affecté (Clot & Simonet, 2015) renvoie à une capacité à supporter la déstabilisation, le décontenancement (qui correspond à une perte momentanée de maîtrise) et à en faire une source d'énergie pour transformer les manières de voir et de faire. Il s'appuie sur l'existence de « marges de manœuvre personnelles » (Clot & Simonet, 2015, p.35). En cela, il n'y a pas seulement réorganisation « cognitive » des buts mais réévaluation du rapport entre buts et motifs, les « dessous réels, affectifs et volitifs » (Vygotski, 1934/1997, p.494) de la pensée. Dans l'expérience d'analyse de leur activité réalisée par les médecins du travail, leur sentiment d'efficacité se développe non pas car ils maîtrisent davantage le chemin qu'il leur faut suivre pour atteindre leurs buts (même si cela aussi se développe) mais parce qu'ils ont pu développer leur pouvoir d'être affecté et ainsi augmenter leurs marges de manœuvres personnelles.

DE QUELQUES CONSEQUENCES SUR LE DISPOSITIF D'INTERVENTION

Mais le développement du pouvoir d'agir ne vient pas directement de l'accroissement des marges de manœuvres personnelles ? mais des conflits de l'activité réelle des sujets et des collectifs aux prises avec les objets, les destinataires, les instruments de leur activité et de ce que ces conflits vont provoquer d'affect.

Il y a affect et possibilité de reprise des sentiments parce qu'il y a conflit dans l'activité : « le sens est engendré non par la signification mais par les conflits vitaux qui affectent l'activité des sujets. » (Clot, 2012b, p.147). Derrière chaque débat tenu entre les médecins du travail se dessine ces conflits, ces dilemmes. Ainsi, on peut distinguer derrière le trouble de M1 un conflit en elle, mais qui existe au-delà d'elle dans le métier, entre plusieurs manières de faire vis-à-vis du salarié, une tension qui semble vive entre soin et prévention, soin de la personne et soin du travail.

Le nouveau contexte posé par l'intervention (des réunions entre pairs aux mimes, des mimes aux autoconfrontations simples puis croisées, des autoconfrontations aux réunions) permet de reprendre différemment ces conflits de l'activité par les changements de destinataires provoqués, par l'enrichissement des significations rendu possible.

En effet, les échanges argumentatifs ont permis d'enrichir les significations de certains mots tels que « difficulté » et « inutilité », mots qui sont centraux dans la formation des sentiments dominants dans le milieu. Le sentiment, ici d'inutilité a pris un autre sens parce que ses significations se sont enrichies : par exemple pour M1, le « ça » de « ça ne sert à rien » s'est enrichi en se précisant : du « ça » qui désignait la médecine du travail « en général » au « ça » de l'examen médical dans certains cas, grâce à la controverse avec sa collègue autour du « ça » désignant la percussion. De même, la difficulté du geste, prise au départ du point de vue technique a pris une autre signification : ce geste a d'abord été difficile à mimer puis il a été difficile parce qu'il a fallu le justifier face aux objections à sa réalisation formulés par M2. La difficulté de ce geste s'est chargée dans l'échange de toutes ces significations liées aux conflits d'activités rencontrés, aux manières génériques et personnelles d'y répondre.

Pour les médecins qui ont traversé ces différentes étapes de l'analyse, l'affect a permis par la mise au travail de la pensée autour de la signification de certains mots et par la réévaluation concomitante des buts, des motifs et des opérations, la transformation des sentiments, l'augmentation du « stock » de sentiments disponibles pour la suite, c'est-à-dire l'augmentation de leurs marges de manœuvre personnelles, véritables instruments de leur pouvoir d'agir (Clot & Simonet, 2015). C'est ce développement du pouvoir d'être affecté qui rend possible l'expérimentation d'une nouvelle manière de faire « inimaginable » jusqu'alors, qui consiste à renoncer au « semblant d'examen ». Avoir pu revenir, reprendre ce geste figé a autorisé le mouvement de l'affectivité qui se traduit dans les propos de M1 par un mouvement des sentiments. Armée de ce nouveau sentiment, M1 voit son pouvoir d'être affecté développé. Les nouvelles « émotions du virtuel »

(Malrieu,1956) éprouvées alors permettent d'imaginer autre chose. En retour, cette nouvelle manière de faire alimente l'affectivité : ce médecin n'a plus besoin de faire semblant pour se sentir médecin, « utile », « confiante » et pleine « d'énergie », en quelque sorte cela a permis un « recyclage de l'énergie perdue dans cette impasse. » (Clot, 2003, p.39).

Cela est possible à la condition d'utiliser dans l'intervention une technique pour « exposer » l'activité des sujets, ce qui est susceptible de provoquer des affects, justement parce qu'en proposant de prendre des réalisations de l'activité comme objet de l'activité d'analyse, l'intervention alors organise la migration fonctionnelle du vécu (Clot, 2004).

Autrement dit, nos cadres cliniques d'intervention, dans lesquels nous amenons les professionnels à décrire leur activité, trouve leur ressort non pas tant dans la réussite par ceux-ci de la mise en mot de leur activité que par l'expérience qu'ils peuvent réaliser alors des limites de cette mise en mots. Les professionnels sont soutenus dans leur recherche des mots justes pour décrire leur activité, pour l'expliquer jusqu'à ce qu'ils touchent aux limites de ce discours. Là est « l'épreuve » affective que nous cherchons à leur faire vivre, à la condition, bien sûr qu'ils soient volontaires et demandeurs d'une telle expérience. Ainsi, ils se confrontent, ils éprouvent la différence entre le réalisé et le réel. Il s'agit donc moins de mettre en mot l'activité que de mettre les mots en activité. Le résultat de cette mise en activité des mots est un affect, celui consécutif à l'éprouvé du réel, de l'ensemble des possibles non réalisés, qui peut être transféré sur l'objet de l'analyse, c'est-à-dire l'activité ordinaire et en permettre, dans le meilleur des cas, le développement.

CONCLUSION

Etre filmés en train de mimer un geste de métier et de tenter de transmettre les consignes à l'intervenant pour réaliser les gestes de l'examen médical a parfois amené les médecins aux limites du dicible, du pensable, du réalisable. Cette réalisation demandée hors contexte, sans le support du contexte habituel, sans le vivant de l'activité ordinaire en cours, en mêlant la réalisation gestuelle et verbale a déstabilisé, dérouté les médecins du travail. Ces mimes des gestes de l'examen médical filmés puis repris pour l'analyse par les médecins avec l'intervenant-chercheur et entre eux ont été l'occasion de décontenancement, d'embarras, d'étonnement. Les affects ainsi produits ont amené les médecins du travail à reprendre différemment leurs vécus, à la fois celui de la situation ordinaire (les gestes de l'examen médical) et celui de l'expérience du mime filmé. Dans l'activité d'analyse réalisée avec leurs collègues du collectif, en réévaluant le réalisé, ils ont alors œuvré à donner un avenir différent à ces vécus. Par la reprise des conflits de l'activité, ils ont développé leur pouvoir d'agir et agrandi leurs marges de manœuvres personnelles. C'est au soutien de ces processus qu'une intervention visant le développement du pouvoir d'agir, entre efficacité et santé, doit, selon nous, œuvrer.

BIBLIOGRAPHIE

Bachet, D. (2011). Des pratiques professionnelles sous tension. L'examen clinique des salariés en médecine du travail. *Actes de la recherche en sciences sociales, 3*(188), 54-69.

Caroly, S., Cholez, C., Landry, A., Davezies, P, Poussin, N., Bellemare, M., Coutarel, F., Garrigou, A., Chassaing, K., Petit, J., Baril-Gingras, G., Prudhomme, D., & Parrel, P. (2011). *Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS : ressources et contrainte.* Rapport ANR-SEST, 2009. En ligne http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/67/69/73/PDF/rapport_final_medtra_2012.pdf

Clot, Y. (2003). Vygotski, la conscience comme liaison. In L. Vygotski, *Conscience, inconscient, émotions,* (pp. 7-59). Paris : La Dispute.

Clot, Y. (2004). Le travail entre fonctionnement et développement. *Bulletin de psychologie, 57* (1), 5-12.

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

Clot, Y. (2012). Psychologie, une crise aggravée ? In Y. Clot (Ed.), *Vygotski maintenant* (pp.135-153). Paris : La Dispute.

Clot, Y. (2014). Clinique de l'activité. In P. Zawieja & F. Guarnieri (Eds), *Dictionnaire des risques psychosociaux* (pp. 97-101). Paris : Seuil.

Clot, Y. (2015). Vygotski avec Spinoza, au-delà de Freud. *Revue philosophique de la France et de l'étranger.*

Clot, Y. & Simonet, P. (2015). Pouvoirs d'agir et marges de manœuvre. *Le Travail Humain, tome 78, n°1/2015*, 31-52.

Dimerman, S., Domergue, J-M., Fonchain, F., Pascual, M., & Sterdyniak, J-M. (2008). Construire un vrai métier de médecin dans le monde du travail. En ligne : http://www.alternativeseconomiques.fr/fic_bdd/article_pdf_fichier/1206693457_ST_Construire.pdf

Léontiev, A-N. (1975/1984). *Activité, conscience, personnalité*. Moscou : Editions du Progrès.

Malrieu, P. (1956). *La vie affective de l'enfant.* Paris : Editions du scarabée.

Marichalar, P. (2010). La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine. (1971-2010). *Politix, 91*, 27-52.

Marichalar, P. (2011). Médecine du travail : une spécialité invisible. *La revue du praticien Médecine générale, 25*(862), 402-403.

Morin, E., & Forest, J. (2007). Promouvoir la santé mentale au travail : donner un sens au travail. *Gestion, 2*(32), 31-36.

Poussin, N. (2014). *Développement des sentiments au travail : Dialogues sur l'efficacité et l'utilité chez des médecins du travail*. Thèse de doctorat en psychologie, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.

Poussin, N. (2015). Développement du sentiment d'efficacité : un développement du rapport entre affectivité et pensée ? *Activités, Vol.12 (1),* 89-103.

Poussin, N., & Miossec, Y. (2015). Développement du sentiment et du pouvoir d'agir : un exemple chez des médecins du travail. *Le Travail Humain, tome 78, n°1/2015,* 81-94.

Rimé, B. (2005/2009). *Le partage social des émotions.* Paris : PUF.

Teiger, C. (1993). Représentations du travail. Travail de la représentation. In Weill-Fassina, A., Rabardel, P & Dubois, D. (Eds.), *Représentations pour l'action*. (pp.311-344). Toulouse : Octarès.

Vygotski, L. (1933/1998). *Théorie des émotions. Etude historico-psychologique.* Paris : L'Harmattan.

Vygotski, L. (1934/1997). *Pensée et langage*. Paris : La Dispute.

Les colonnes de la dernière page doivent être de longueur similaire.