



HAL
open science

Impulser le changement face aux souffrances ordinaires des internes de médecine générale en formation professionnelle : complexité d'une recherche-intervention à visée développementale en santé

Solange Ciavaldini-Cartaut

► To cite this version:

Solange Ciavaldini-Cartaut. Impulser le changement face aux souffrances ordinaires des internes de médecine générale en formation professionnelle : complexité d'une recherche-intervention à visée développementale en santé. Biennale internationale de l'éducation et de la formation professionnelle 2023, Sep 2023, Paris, France. hal-04276473

HAL Id: hal-04276473

<https://hal.science/hal-04276473v1>

Submitted on 9 Nov 2023

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NoDerivatives 4.0 International License

Impulser le changement face aux souffrances ordinaires des internes de médecine générale en formation professionnelle : complexité d'une recherche-intervention à visée développementale en santé

Solange CIAVALDINI-CARTAUT membre du LAPCOS, Université Côte d'azur
Chercheuse associée à Unité de Recherche « Formation et apprentissages professionnels »,
CNAM Hesam Paris
et à l'équipe « Risques, Epidémiologie, Territoire, INformation, Education, Santé »
(RETInES), Université Côte d'Azur

Résumé : La formation des internes de médecine générale est professionnelle : elle n'est composée que de 200 heures d'enseignements universitaires lors des trois années du diplôme (DES) qui se termine par la thèse de doctorat. Les stages professionnels occupent de fait une place centrale pour l'acquisition de l'expérience du métier dans différents contextes. Mais la charge de travail des internes dépasse le seuil de la légalité. Face au manque de personnels dans les services hospitaliers, ils deviennent une ressource RH indispensable au système. Cela produit des effets délétères sur leur santé mentale et physique, mais cela est collectivement toléré. C'est devenu un « passage obligé » normalisant la souffrance ordinaire dans le rapport subjectif au travail. En 2019, une étude scientifique comparative incrimine l'inaction de la Faculté de médecine de Nice à ce propos. L'équipe du DES sollicite alors une recherche-intervention pour tendre vers une formation hybride (blended-learning), être accompagnée dans de nouvelles pratiques pédagogiques adossées aux usages du numérique et identifier des leviers permettant de limiter les risques psychosociaux des internes. Pendant trois ans, la phase de recherche et l'espace d'actions de l'intervention seront consubstantiels tout en évaluant les changements d'une façon continuée dans l'usage. La programmation de la substitution du chercheur au bénéfice de l'agentivité transformative (Engeström & Sannino, 2013 ; Virkkunen, 2006) des médecins-enseignants du DES constitue la complexité de la démarche développementale entreprise en santé et pour la santé.

Mots clefs : formation en santé ; burnout ; médecine générale ; accompagnement au changement ; blended-learning ; agentivité ;

1. Le contexte la recherche intervention : Un problème de santé publique des étudiants internes de médecine générale.

Les étudiants de médecine générale sont formés en alternance entre des cours réalisés en présentiel à la Faculté de médecine et des stages effectués dans différents terrains professionnels, donc certains en secteur hospitalier. L'internat est un statut à mi-chemin entre celui d'étudiant et celui de médecin. D'une façon générale, la littérature du domaine met en évidence le fait que la formation professionnelle des soignants à l'hôpital est assez maltraitante ce qui explique qu'à ce jour elle soit majoritairement qualifiée de « descente aux enfers » (Auslender et Fleury, 2017). C'est le cas aussi pour les étudiants en raison de la dégradation de leurs conditions de travail dans certains terrains de stage, ce qui affecte leur assiduité et leurs performances académiques dans les cours universitaires.

Deux études en 2013 (Galam, Komly, Le Tourneur et Jund) puis en 2016 (Mati) menées au sein de la Faculté de médecine de Nice, et lors de la première phase de l'épidémie de la COVID 19 (Agnès, 2020) confirment la prégnance de certains facteurs de risque : le nombre de gardes d'astreinte, le nombre d'heures de stage, l'isolement, la peur de l'erreur médicale et certains types de stages (service hospitalier des urgences, service hospitalier de médecine des adultes, service hospitalier de pédiatrie-gynécologie). Ces études mettent en évidence le fait que ces facteurs de risque influencent négativement le suivi des cours universitaires eu égard à la surcharge de travail qui y est associée et qu'ils contribuent à rallonger la finalisation de l'écriture de la thèse d'exercice en médecine générale.

Un changement organisationnel du travail des internes de médecine lors de leurs stages en milieu hospitalier et un changement de conception et de mise en œuvre de leur formation universitaire initiale s'imposent alors aux responsables du département d'étude et de recherche en médecine générale (DERMG).

Les changements organisationnels du travail sont à comprendre comme des modifications relativement durables dans un sous-système de l'organisation, observables par ses membres ou les gens qui sont en relation avec ce système. Qui dit changement, dit transformation, évolution qui influent sur les déterminants internes du sujet de l'activité (les normes subjectives, les valeurs, les représentations, voire le sens perçu du travail et l'identité professionnelle) et sur les déterminants externes de l'activité du sujet (psychosociaux, techniques, matériels, dans le rapport à la tâche ou au niveau de l'environnement ou du milieu de travail). Dans les métiers de l'enseignement, de la formation et du soin, le travail a comme caractéristique de ne pas toujours se faire seul. Il est profondément social, car il comporte des interactions avec une pluralité d'autrui (formés, pairs professionnels, patients, autres professionnels d'autres métiers, etc.) dans des situations d'activité collective, évolutives et de ce fait, dynamiques. Une vision solipsiste de ce travail le résumerait à une rencontre « simplifiée » entre un humain et une tâche. Ce travail comme le rappelle Dominique Lhuilier (2010) c'est avant tout « une scène où se jouent simultanément et dialectiquement le rapport à soi, le rapport à autrui et le rapport au réel ». Ce travail a aussi une fonction psychologique (Clot, 1999) et offre au sujet l'occasion de construire son identité et de s'épanouir personnellement et professionnellement. Bien que

porteur d'épreuves, le travail n'est pas que « contraintes, aliénation et souffrance ». Nous considérons que la santé est « **un processus de construction** dans lequel le travail occupe une place privilégiée » (Caroly, 2010, p. 143) et qu'il doit conduire le sujet vers un état d'équilibre, de bien-être physique, mental et social. Nous retenons simplement que, paradoxalement, le processus de santé/activité est doublement lié au travail : il en est l'une des conséquences et constitue en même temps une ressource pour agir (Ciavaldini-Cartaut, 2021).

En formation universitaire initiale, les internes de médecine doivent se mesurer aux épreuves d'une sélection rigoureuse et d'une professionnalisation rapide et croissante les exposant sans ménagement à l'épreuve du travail réel. Ils y affrontent des situations de travail et de prise en charge du patient (sujet responsable) dans des environnements parfois en grande tension au niveau des moyens humains et des ressources techniques requises pour les dépasser. Ils y mettent à l'épreuve leurs connaissances (sujet épistémique) et leurs capacités à agir (sujet capable en fonction de potentialités). Lorsque l'environnement psychosocial de travail est troublé ou incapacitant, lorsque les ressources viennent à manquer, le sujet de l'activité « s'explique avec les tâches » qu'il doit réaliser, il s'y éprouve proportionnellement aux faux pas du développement de son activité. Soit, comme le rappellent Frédéric Yvon et Yves Clot (2003), il dépasse les conflits inhérents à ce rapport à la tâche prescrite et développe son activité, soit il s'y épuise jusqu'au burnout. L'horizon temporel est alors court, quelques mois seulement, avant qu'apparaissent des comportements à risques (addictions, dépression) parce qu'un médecin, un soignant, doit tenir malgré tout et après tous les sacrifices faits pour y arriver. Le flux est tendu, ce qui conduit à une démarche transformative du cours *a-normal* des choses.

2. Qu'est-ce qu'une recherche-intervention ?

Le terme « recherche intervention » (R.I dans le reste du texte) fait référence à une approche de recherche qui vise à combiner l'investigation scientifique et l'action pratique afin de générer des connaissances pertinentes pour résoudre des problèmes concrets dans le monde réel. Comme le précisent Bédin et Aussel (2020, p.4), elle poursuit « deux visées, interdépendantes et non hiérarchisées : une visée heuristique (le “sur”) qui vise à produire des connaissances sur l'objet ou le processus de l'intervention lui-même et une visée praxéologique (le “pour”) qui prévoit les conditions de la mise en œuvre d'une démarche de conduite et d'accompagnement du changement auprès des participants à cette recherche ». Ainsi la R.I se distingue des approches traditionnelles de recherche, telles que la recherche fondamentale ou la recherche appliquée, car elle vise à collaborer avec les acteurs concernés pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer des interventions visant à la fois à résoudre des problèmes sociaux et à contribuer à l'émancipation des parties prenantes dans l'atteinte de cette visée. Comme le rappellent Marcel et Bédin (2018), elle « se situe institutionnellement à l'interface de la science et des milieux décisionnels ou professionnels ». Dans sa dimension participative, les chercheurs travaillent en étroite collaboration avec des professionnels de terrain, des décideurs politiques, des bénéficiaires directs de l'intervention. C'est une assurance que la recherche soit alignée sur les besoins réels, les perspectives et les connaissances des personnes concernées.

La R.I suit généralement un processus itératif comprenant plusieurs étapes. Tout d'abord, les chercheurs effectuent une analyse approfondie du problème à résoudre, en recueillant des données qualitatives et quantitatives, en examinant la littérature existante et en consultant les

parties prenantes. Cette étape permet de définir les objectifs de l'intervention et d'identifier un espace d'actions pour celle-ci. Les chercheurs utilisent souvent des méthodes mixtes pour recueillir des données avant, pendant et après l'intervention, afin d'évaluer son impact et d'apporter des ajustements si nécessaire. Les résultats de la R.I sont ensuite diffusés et partagés avec les parties prenantes et la communauté scientifique. Cette étape est cruciale pour assurer la durabilité et l'application des interventions développées, ainsi que pour contribuer à produire des connaissances dans le domaine concerné.

La R.I présente de nombreux avantages. Tout d'abord, elle permet une meilleure intégration des connaissances scientifiques dans la pratique, en facilitant le transfert des résultats de recherche vers l'action concrète. De plus, elle favorise la collaboration entre chercheurs et praticiens, en renforçant la légitimité et la pertinence de la recherche. Enfin, elle contribue à renforcer les capacités des parties prenantes en les impliquant activement dans le processus de recherche, ce qui peut conduire à des changements plus durables et à long terme. Cependant, la R.I présente également des défis. La complexité des problèmes sociaux auxquels elle s'attaque et la vocation émancipatrice et transformative nécessite souvent des approches pluri ou interdisciplinaires et des ressources considérables. Néanmoins malgré les critiques à son encontre, elle représente une voie importante pour une science plus engagée et orientée vers le changement social.

3. Qu'est-ce qu'une recherche-intervention à visée développementale en santé ?

Les modèles qui fondent les pratiques d'intervention en santé prennent pour objet les risques et proposent des pratiques centrées sur leur gestion et leur réduction. Ces modèles renvoient à différentes étapes nécessaires dans l'intervention : identifier les risques ; les publics affectés et de quelle manière ; développer un plan d'action ; passer à l'action et généralement réaliser une prévention primaire et former ; évaluer les actions et les diffuser.

La R.I met l'accent en premier lieu sur la recherche pour comprendre les problèmes ou les situations puis en second lieu conçoit une intervention basée sur des preuves scientifiques solides. Les deux phases peuvent se chevaucher et s'influencer mutuellement d'autant plus si l'intervention est considérée comme une méthode de recherche et un moyen de travailler à la réalisation d'objectifs communs avec les parties prenantes. C'est en ce sens que nous travaillons, car l'un des principes des théories de l'activité est de considérer que les pratiques humaines doivent être étudiées en tant que formations systémiques se développant historiquement. Dans cette perspective, il n'est pas souhaitable de construire une compréhension des systèmes complexes au coup par coup en étudiant leurs éléments séparément et en essayant de créer une image de l'ensemble en additionnant les connaissances ainsi partiellement acquises.

Dans cet ouvrage les auteurs s'interrogent sur la spécificité de l'intervention et de la recherche en sciences de l'éducation et de la formation par rapport à des démarches proches, mais distinctes en sociologie ou en ergonomie à propos desquelles il existe une littérature abondante.

Sans exhaustivité nous retiendrons six spécificités qui sont chacune associées à des fonctions (transformative et développementale, collaborative, praxéologique, heuristique et critique, capacitante) qui caractérisent notre démarche en lien avec la santé sans pour autant que nous partagions les modèles de l'intervention en santé :

1. La visée transformative et développementale de l'intervention et sa temporalité longue permettent de développer l'activité humaine au regard de ses deux fonctionnements : d'une part l'activité productive des professionnels au travail (efficacité, sens et matérialisation d'un « produit », d'un « livrable »), et d'autre part de développer l'activité constructive du sujet (capacités et ressources propres, réflexivité et compétences) changeant le rapport du sujet avec les situations de travail voire l'environnement avec lequel il est en interaction ;
2. La dimension collaborative du processus d'intervention conduit à ce que son objet soit « intermédiaire » et consensuel entre le ou les chercheurs et les parties prenantes qui travaillent conjointement bien qu'ayant des préoccupations et des attentes parfois divergentes ;
3. Au cours de l'intervention, une production est associée à son objet. Elle se matérialise par une ingénierie, des ressources intermédiaires, des contenus en lien avec les actions éducatives, de formation, d'enseignement et elles impliquent les professionnels dans le ou les changements attendus (fonction praxéologique, « le pour » qui s'appuie sur les savoirs pratiques et d'expérience des professionnels) ;
4. La production contextualisée de savoirs scientifiques est à la fois concomitante et postérieure à l'intervention selon qu'il s'agisse d'accompagner les professionnels dans le (les) processus émancipateurs ou développementaux engagés, de le (les) documenter et/ou le (les) évaluer (fonction heuristique et critique, « le sur » pour reprendre la qualification de Marcel, 2020) ;
5. La démarche d'accompagnement scientifique, comme le soulignent Broussal et collaborateurs (2015), a comme but d'apporter un regard critique à l'émergence de nouveautés dans le champ des pratiques et celui du travail afin que les professionnels n'adhèrent pas passivement aux changements auxquels elle aspire parfois à leur dépens. Cette formalisation critique du ou des changements comme horizon d'attentes pour le sujet ou le collectif professionnel permet de distinguer cette approche de celle d'une recherche-action collaborative ou participative (Mérini et Ponté, 2008) ;
6. Lorsque le rapport subjectif au travail dans le champ de l'éducation, de l'enseignement, de la formation, de l'accompagnement ou du soin est troublé, incapacitant, anormal, il s'agit de trouver les leviers d'amorce du ou des processus de changement (souvent collectif), dans des délais courts par et avec l'aide des professionnels eux-mêmes. Cette spécificité vise à transformer leur rapport au travail en préservant leur santé physique, psychologique et sociale et/ou celle des bénéficiaires de leur travail (élèves, formés, patients, collaborateurs, etc.). Nous qualifions de fonction capacitante de la R.I ce que Marcel (2020) nomme « le par », « en matière de cohérence, de responsabilité, d'arbitrages éthiques ».

Ces six spécificités sont parfois source de tensions et de dilemmes chez le chercheur intervenant. Elles varient en fonction des terrains voire de la part d'implicite et d'explicite de

la commande initiale émise par des prescripteurs (employeur, financeurs) ou de la demande émise par les acteurs du terrain. Sans doute s'agit-il d'un élément générique du métier que l'on retrouve exposé dans les différents chapitres de cet ouvrage.

3. Comment définir l'espace d'actions de l'intervention ?

3.1 La « procréation » de la commande/demande

Il nous appartient d'engager une enquête préalable à la définition de l'objet et de « l'espace d'actions de l'intervention » en explicitant les rapports de force en présence, les injonctions paradoxales, les contraintes organisationnelles et les freins (Durrafourg, 2004) tout en assumant la posture d'un tiers, parfois d'un médiateur à ce stade.

Après plusieurs rendez-vous avec les membres du DERMG de la Faculté de Médecine de Nice et les médecins enseignants du DES, s'ouvrent des débats sur l'objet et le périmètre de l'intervention jusqu'à l'obtention d'un accord et d'un engagement réciproque permettant de faire émerger un horizon d'attentes et un espace d'actions possibles : établir l'historique des problèmes et l'état scientifique de la situation afin d'identifier les contradictions au sein de la formation dispensée et les leviers susceptibles de permettre de les dépasser. Il n'y a pas de commande institutionnelle ni de cahier des charges, mais une demande émise par une équipe pédagogique au sein d'un diplôme, dont le responsable, est soutenu dans cette initiative par la Faculté de médecine. Il n'y a pas encore de budget propre ni de projet scientifique clairement circonscrit.

3.2 L'enquête exploratoire : le travail contre la santé ou la formation comme soin palliatif du travail

À cette fin, il nous est demandé selon le modèle de l'intervention en santé d'identifier les facteurs de risques pour la santé des internes de médecine générale dans le cadre de leur alternance en formation professionnelle sur les différents terrains de stage au cours des trois années du DES.

Pour identifier et évaluer les déterminants externes et organisationnels du travail sur la santé, nous avons mobilisé le modèle des exigences-contrôle/soutien de Karasek et Theorell (1999). Il a été complété par la théorie de la conservation des ressources d'Hobfoll (1988,1989 ; Hobfoll et Shirom, 1993) pour essayer d'identifier la place des ressources dans les empêchements de l'activité. À l'aide de l'échelle de mesure du MBI¹ (Maslach et Jackson, 1981), il s'agit dans une approche dite causaliste de caractériser le caractère aversif de certaines situations de stage, la nature des atteintes à la santé des internes de médecine générale et les perceptions qu'en ont les médecins enseignants. Nous menons une enquête par questionnaire auprès des étudiants de 1^{re}, 2^{de}, 3^e année du diplôme entre juin et juillet 2019 (n=116) et auprès des treize médecins-enseignants de l'équipe pédagogique du DES. Cette étape rejoint la phase « d'établissement d'un diagnostic empirique du problème » qui est évoquée par Paillé (2007, p. 148).

¹ MBI - HSS (MP) French Canadian Copyright © 1981, 2016 Christina Maslach & Susan E. Jackson.

Nos résultats statistiques permettent d'identifier un risque de burnout anormalement élevé² qui est corrélé à certains terrains de stage hospitaliers et l'insatisfaction professionnelle des médecins enseignants suscitée par leur sentiment d'impuissance face à ce constat. Le problème est lié à la charge de travail, aux horaires, aux conditions de travail qui ont des effets négatifs significatifs sur leur santé physique et mentale. Autrement dit, réaliser ce travail entraîne divers problèmes tels que l'épuisement professionnel, le stress chronique, des troubles du sommeil et la survenue d'addictions (alcool, tabac, usage de psychotropes). Le psychosocial n'est pas un risque en soi, contrairement aux facteurs d'atteinte à la santé liés aux exigences du travail. Si des troubles psychosociaux apparaissent, c'est que la fonction psychologique et sociale du travail (Clot, 1999; Van Belleghem, De Gasparo, & Gaillard, 2013) n'est plus un levier du développement de l'activité du sujet. Le risque comme le précisent Van Belleghem et collaborateurs n'émerge pas en soi de la présence de difficultés ou de contraintes, « mais par les entraves à y faire face. C'est l'empêchement qui fait le risque. C'est le développement qui en protège » (2013, p.52). Nous avons besoin d'identifier ces entraves et leurs effets en termes de santé dans le rapport au travail. Ces résultats justifient l'intervention, car nos résultats sont plus alarmants que ceux des études de Galam et collaborateurs au niveau national (2013)³ puis ceux de la thèse de Clément Mati menée en 2016 au sein de la Faculté de Nice et du DES en particulier.

Nous demeurons pourtant un long moment dans l'expectative à propos de la suite à y donner. En effet, nous souhaitons remettre *le travail sur le travail* d'enseignement-formation et de soin. Par ailleurs, au niveau épistémologique, nos résultats indiquent que la santé en tant qu'état qu'il convient de préserver s'oppose à la maladie et ils cautionnent l'existence d'un sujet faible face aux facteurs de risque des RPS. Ce sujet dispose de peu de capacités pour s'adapter à des situations de travail où le social est potentiellement plus un risque qu'une ressource (Clot, 1999). Nous ne sommes pas sans savoir que la principale source de critiques des démarches de prévention et de gestion des risques pour la santé au travail provient de la clinique du travail (Lhuillier, 2010), d'une clinique de l'activité et d'Yves Clot (2010) en particulier, car elles laissent par exemple dans l'ombre la fonction du travail pour la santé. En outre, pour reprendre les propos de Debru et Deltin (2005) citant Canguilhem cette opposition santé/maladie « masque la racine commune de la santé et de la maladie, qui est la puissance normative de la vie : le pouvoir du vivant de créer, d'inventer des normes dans un milieu ». En effet, c'est potentiellement la normativité de la vie qui peut expliquer à ce stade que le taux d'absentéisme ou d'arrêts maladie soit relativement faible alors même que nos résultats statistiques sont alarmants : 28,23 % des internes de médecine générale sont concernés par les trois dimensions du M.B.I.

3.3 Dépasser la tension initiale suscitée par la phase d'enquête exploratoire : le diagnostic d'une normativité relative, « être malade et en santé »

² Etude à la faculté de médecine de Nice (n=116) mettent en évidence un taux d'épuisement professionnel à 55%, un taux de dépersonnalisation à 67,57%, un taux d'accomplissement personnel assez haut malgré tout à 59,50%.

³ Etude nationale (n=4050) mettant en évidence un taux d'épuisement professionnel à 16%, un taux de dépersonnalisation à 33,8%, un taux d'accomplissement personnel bas à 38,9% et un burnout complet pour 6,5% de l'échantillon.

C'est à l'aide de postulats issus des travaux de Georges Canguilhem et grâce à notre attachement aux théories de l'activité que nous dépassons cette tension initiale et que nous poursuivons notre enquête : il n'y a pas de santé *in abstracto*, mais toujours relative à un ou des sujets et à un milieu spécifique, ce n'est pas un état, mais un processus. Il est possible d'être à la fois malade et en santé au sein de notre échantillon de répondants : cela va caractériser la future difficulté de mesure des effets de l'intervention sur la santé des internes de médecine générale.

Nous reformulons alors une hypothèse : 28,23 % des internes de médecine générale sont à la fois « malade de leur rapport subjectif au travail » et en santé sur le front de leur combat pour la prise en charge de leurs patients. Ils subissent les conditions de travail et une charge de travail qui sont aversives dans certains milieux hospitaliers, mais considèrent comme futile le fait de pouvoir y changer quelque chose : ils tiennent malgré tout, un temps, mais pas indéfiniment. Leur activité est empêchée dans un milieu de vie rétrécie au sens de Canguilhem. L'espace d'actions de l'intervention en sera transformé. Qu'est-ce qu'être à la fois malade et en santé ? Selon Canguilhem être à la fois malade et en santé est une condition paradoxale abordée dans son ouvrage majeur intitulé « Le normal et le pathologique ». Selon lui, la santé et la maladie sont des manifestations différentes d'une même réalité biologique. L'auteur soutient que la vie humaine est caractérisée par une certaine plasticité et une capacité d'adaptation aux changements internes et externes. Ainsi, la santé n'est pas simplement l'absence de maladie, mais plutôt la capacité de maintenir un équilibre dynamique face aux perturbations et aux altérations. Dans cette perspective, être à la fois malade et en santé signifie que même en présence d'une maladie ou d'une condition pathologique (comme 28,23 % de risques de burnout), l'organisme peut encore trouver des moyens de maintenir son fonctionnement dans des limites acceptables. Cela peut se produire grâce à des mécanismes de compensation, d'adaptation ou de régulation. Ainsi, Canguilhem remet en question la notion de normalité absolue et souligne plutôt l'importance de la normativité relative. Être à la fois malade et en santé implique donc une compréhension plus nuancée de la condition humaine, mettant en évidence la complexité et la diversité des manifestations de la vie.

La santé c'est la capacité de porter cette question dans celui qui la (pro) pose, ce n'est pas l'absence de maladie. Cela suppose un modèle du « sujet fort » ayant des ressources psychosociales (tuteur de stage, pairs, famille) et internes (compétences, motivation, sentiment d'efficacité personnelle, niveau de conscience, émotions) (Gouédard et Rabardel, 2012) qui participent des capacités d'agir sur soi, sur autrui, sur son environnement de travail. Il nous apparaît alors possible de soigner la formation professionnelle au sein du DES pour renforcer le pouvoir d'agir. Le « travail sur le travail » mené d'une façon consensuelle avec l'équipe pédagogique du diplôme permet alors de soutenir « l'inventaire/réinvention de ripostes favorables à la santé » (Miossec et Rouat, 2020). La visée de l'intervention sera de transformer la conception de la maquette, l'ingénierie pédagogique en santé selon les principes du blended-learning et de la « sanctuariser » face aux abus des terrains de stage dans l'alternance. Désormais l'intervention ne portera pas sur les risques psychosociaux en soi, mais sur les variations du pouvoir d'agir.

3.4 Pour la santé de tous, remettre le travail à sa place dans la formation en alternance

« Remettre le travail à sa place » dans le contexte d'une formation en alternance fait référence à l'importance pour les internes de médecine générale de bien organiser et gérer leur temps de travail en stage et leur temps d'étude au sein du DES. L'expression souligne la nécessité de ne pas laisser le travail occuper une place trop prédominante au point de négliger d'autres aspects importants. Cela implique de consacrer les bonnes quantités de temps et d'efforts à la formation tout en maintenant un équilibre avec les autres aspects de leur vie. Au niveau organisationnel et politique, des limites claires doivent être posées. 200 heures de formation universitaire sont réparties sur les trois années du diplôme de DES : cela ne semble pas difficile à maquetter. Pourtant, tout est à faire, tant au niveau de la conception que de la mise en œuvre pédagogique. Bartunek et Moch (1987, p.486) ont présenté une classification des formes de changement et des interventions de changement en typologies de premier, deuxième et troisième ordre.

Dans les typologies de premier ou de deuxième ordre, l'intervenant assume la responsabilité de la direction du changement. Dans celle de troisième ordre, l'intervenant n'impose pas la direction du changement, mais essaie d'aider « le système client » à analyser lui-même les besoins et les possibilités, ainsi que la direction à privilégier. Autrement dit, les tentatives de changement de deuxième ordre sont conçues pour « introduire progressivement » des schémas particuliers et « éliminer progressivement » d'autres schémas ou paradigmes permettant aux professionnelles de penser leur réel. Les tentatives de changement de troisième ordre visent à leur permettre de développer leur capacité d'identifier et de modifier leurs propres schémas comme ils l'entendent et de déterminer quand un changement de deuxième ordre est nécessaire pour les y aider.

Sur notre terrain, l'intervention devient un instrument de recherche sur un processus déjà en cours chez les différents sujets concernés que nous documentons, et qu'elle s'efforce d'infléchir. Il s'agit de l'agentivité des médecins enseignants dans le processus de changement de leur pratique, de leurs situations d'enseignement, de leurs outils pédagogiques et l'évolution des rapports à la formation et aux terrains de stage qu'entretiennent les internes de médecine générale. L'agentivité est une recherche volontaire de transformation de la part du sujet. Elle ne se manifeste que lorsqu'il formule des intentions et exécute des actions réfléchies (le créé) qui vont au-delà des conditions déterminées de l'activité et de l'organisation dans laquelle elle s'inscrit (le donné), afin de les transformer ou de résoudre des problèmes. Virkkunen (2006) évoque « une capacité d'action » susceptible d'être partagée et conjointe. Ainsi, la notion « d'agentivité transformative » (Engeström et Sannino, 2013) complète celle d'agentivité issue de la théorie sociale cognitive de Bandura. C'est avec les participants que nous aboutissons à une définition consensuelle de la « guérison » et des moyens d'y parvenir : c'est le pouvoir de l'organisme de retrouver un mode de fonctionnement qui soit satisfaisant pour lui dans le cadre d'une alternance travail/formation. Ainsi se pose la question des leviers du pouvoir d'agir effectif du sujet pour guérir d'un travail malade. Si l'on considère qu'initialement au sein du DES « la formation était le soin palliatif du travail », prendre soin de la formation pourrait être un levier de restauration du pouvoir d'agir des sujets à propos de leur rapport subjectif au travail. Mais cet équilibre n'est pas la neutralisation de forces opposées, ni l'élimination de toutes variations, ni l'amortissement de tout écart. Restaurer l'équilibre consiste à soutenir une irréversibilité foncière de la normativité. Le processus de guérison ne peut être que transformatif, innovant. Les enjeux sont considérables et suscitent une pression forte, car notre responsabilité est engagée vis-à-vis des issues possibles, des moyens et des modèles retenus.

Nous devons alors, pour reprendre l'expression de Cabé (2016, p.122), « nous sentir dignes de la confiance accordée peu ou prou (...) qu'elle soit *intuitu personae* ou relationnelle ».

3.5 Les instruments méthodologiques de l'intervention :

Revenons à ce que certains auteurs qualifient de « cuisine » de l'intervention (Lhuilier et Amado, 2012). Notre légitimité en tant que chercheur intervenant se renforce à nos yeux lorsque nous formalisons cette R.I dans un projet nommé Change Pedagogy For Health (CP4H) financé par l'Université Côte d'Azur⁴. Cette validation par nos pairs nous donne aussi des moyens matériels pour soutenir les étapes de l'intervention sur un temps long.

Dans une perspective systémique, c'est à l'aide des outils d'analyse sociale de la demande et causale développés par Rabardel, Folcher et Le Jollif (1996) que nous aidons les médecins enseignants à structurer les problèmes et les enjeux de leur travail dans ses déterminants et ses effets sur les étudiants internes de médecine générale et les situations de formation (Figure 1 outil repris par Folcher, Bationo-Tillon et Duvenci-Langa, 2017).

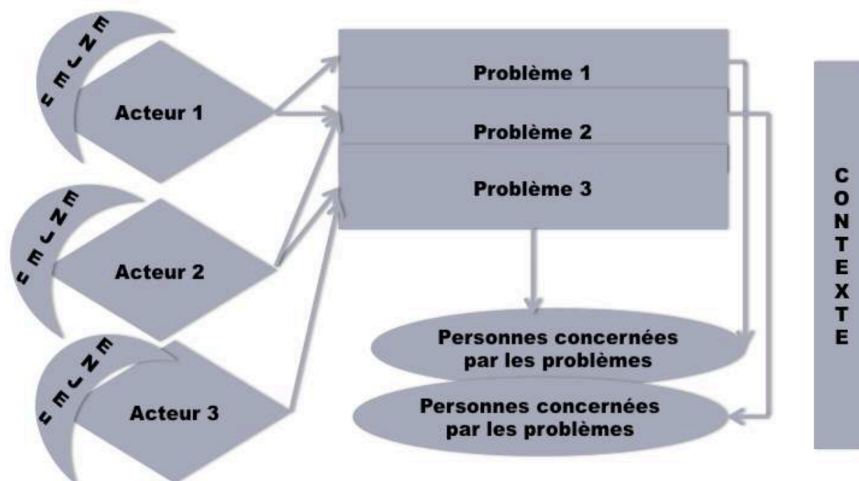


Figure 1 : Outil d'analyse sociale de la demande (Folcher, Bationo-Tillon et Duvenci-Langa, 2017, p.6)

L'analyse sociale reporte les propos des participants au plus près de leurs expressions singulières : ils sont constitués en problèmes, préoccupations ou attentes. Les enjeux et les actions de l'intervention sont progressivement déduits à partir des problèmes exprimés.

Tout d'abord, les coordonnateurs pédagogiques du DES et les médecins enseignants sont dans l'insatisfaction à enseigner et font un aveu d'impuissance face aux abus des terrains de stage bien qu'ayant la conscience de la nécessité de renouveler la pédagogie en santé. L'enjeu est de soigner le rapport au travail des étudiants en sanctuarisant leur formation.

Puis, les internes de médecine générale étudiants du DES sont dans le déni de risques avérés de burnout au sein de leurs cohortes. La souffrance ordinaire en formation et au travail est la norme. Ils sont peu disponibles pour répondre à des enquêtes ou à des entretiens.

⁴ Fédération de Recherche Interventions en Santé d'Université Côte d'Azur (2019-2021) « Change Pedagogy for Health (CP4H) Promotion de la santé dans le cursus de médecine générale par le changement des pratiques pédagogiques universitaires ».

Enfin, les tuteurs de stage en milieu hospitalier sont conscients des risques de burnout des internes de médecine générale, mais encore une fois majoritairement la souffrance ordinaire en formation et au travail est leur norme. L'enjeu est de les impliquer dans l'application stricte du cadre de la loi.

L'outil d'analyse causale (Figure 2) vient étayer l'analyse sociale par une compréhension du travail dans ses déterminants et ses effets et l'identification des solutions envisagées et/ou mises en place.

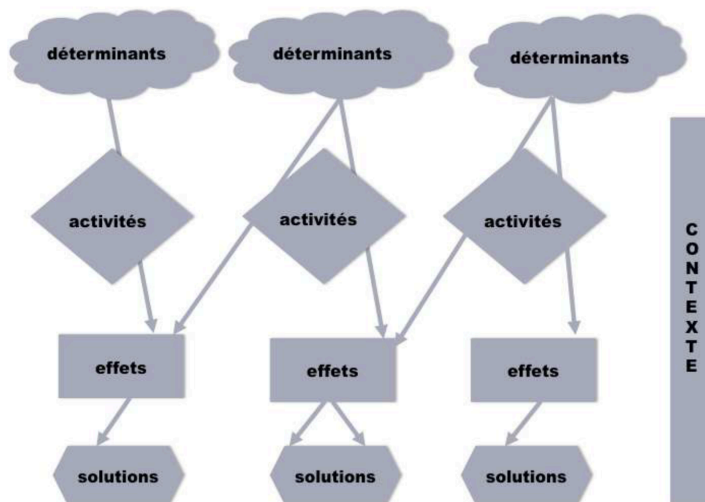


Figure 2 : Outil d'analyse causale de la demande (op.cit, 2017, p.8)

Les médecins enseignants s'accordent donc avec le chercheur sur la nécessité d'opérer un tournant à propos de leur pédagogie conformément aux visées de la réforme des études médicales du DES de médecine générale (Arrêté du 21 avril 2017) qui aboutit à la thèse. Un consensus est trouvé sur la transformation de la maquette de formation selon des principes d'hybridation et l'inclusion d'usages variés du numérique pour améliorer le potentiel d'apprentissage des séminaires de préparation à la thèse, des séminaires d'analyse des pratiques professionnelles et d'exploitation des cas cliniques complémentaires aux cours magistraux. Les cours en distanciel sont envisagés pour réduire les déplacements sur le site de la Faculté de médecine pour les étudiants les plus éloignés géographiquement du campus ou pour ceux ayant des risques de burnout avérés. Une visée est donnée à l'intervention : définir des mesures pour protéger cette formation des abus des terrains de stage et chercher à créer un environnement propice à la santé, à la productivité, à la satisfaction et à la capacité d'action de tous.

Par ailleurs, il est proposé un suivi tutoral plus individualisé avec l'application stricte du cadre de la loi à propos de la charge de travail des étudiants au sein des terrains de stage les plus aversifs et l'imposition d'une charte conditionnant ce respect à la mise en stage de l'étudiant. Il est proposé aux internes de médecine générale de bénéficier de consultations gratuites pour prévenir les risques d'épuisement, assurer un soutien psychologique, l'accès à des ressources d'aide et de conseil, l'encouragement d'une culture de bienveillance et de respect mutuel, etc.

3.6 Les leviers d'action de l'intervention : impulser et soutenir le processus de changement des situations

- Remettre le travail réel à sa place en formation : application du cadre de la loi.

Les services de garde sont particulièrement épuisants et difficiles à gérer. L'épuisement professionnel est supérieur la première année d'internat par rapport aux deux autres années du diplôme notamment au regard de l'exigence du travail confié et au manque d'expérience des internes (peur de l'erreur médicale). La réponse est un contrôle accru et un plafond du nombre d'heures de travail par semaine (entre 30 et 40 h) et du nombre de gardes qui sont effectués par mois (inférieur à deux) et qui, dès lors, sont imposés par convention aux terrains de stage.

Nos résultats mettent en évidence que les stages en médecine adulte, urgences hospitalières et pédiatrie sont les plus stressants. Il est offert aux internes de rencontrer individuellement leur médecin enseignant référent (tuteur) en cas de difficulté sur leur lieu de stage afin de ne pas banaliser les situations de souffrance au travail. Les stages en urgences hospitalières sont reportés en seconde année du diplôme.

- Faire des étudiants ingénieurs pédagogiques l'instrument de l'accompagnement au changement au sein du DES.

Pour impulser le processus de changement, nous avons mis à disposition de l'équipe pédagogique un ingénieur pédagogique deux jours par semaine pendant sept mois entre octobre 2018 et 2019 puis un autre ingénieur sept mois entre 2021 et 2022. Leurs missions étaient d'aider à transformer la maquette du diplôme selon le modèle Licence Master Doctorat avec des Unités d'enseignement, des crédits ECTS et une approche par compétences en lien avec l'alternance entre temps de formation à la Faculté de médecine et temps de stage. Puis, il s'est agi d'accompagner la conception des médecins enseignants sur certains de leurs cours hybrides et de renforcer l'usage du numérique dans la scénarisation pédagogique à distance mise en œuvre dans le *Learning management system* (LMS) de type Moodle. Ces deux ingénieurs pédagogiques ont permis à l'équipe pédagogique de répondre à des appels à projets d'équipement numérique proposés par l'Université pour satisfaire leurs besoins matériels spécifiques tout au long du processus de changement. Ils ont donc assuré le rôle d'agents du changement. Au sens de Bartunek et Moch (1987, p.486), ils ont agi dans une typologie d'intervention de second ordre avant et après la crise sanitaire de la Covid 19 ancrant durablement l'évolution des pratiques jusqu'à ce que la visée de la sanctuarisation de la formation soit perçue comme atteignable et acceptable au sein du DES (Darmon, Ciavaldini-Cartaut, et Munck, 2020). En effet, cette période de crise sanitaire a été un levier positif vis-à-vis de l'adoption globale de l'hybridation comme nouvelle modalité de formation. Les médecins enseignants en ont tiré des apprentissages transformateurs grâce aux ressources acquises un an auparavant (Jouët-Robba et Ciavaldini-Cartaut [soumis] ; Ciavaldini-Cartaut, 2020).

4. Quand l'agentivité transformative des professionnels annonce la fin de l'intervention : travailler à l'effacement du chercheur sans disparaître

La pérennisation des transformations engagées par la R.I est un défi persistant (Dionne, Baribeau et Savoie-Zajc, 2022) qui conduit le chercheur à devoir concilier les aspects éthiques, épistémiques et critiques de son travail. Nous reprenons à notre compte l'expression de Musseau, Zittoun et Clot (2022, p.54) qui caractérise la tension que vit le chercheur et nous-même à fortiori aspirant à une pérennisation du pouvoir d'agir des professionnels à l'issue de l'intervention : contribuer à leur autonomie vis-à-vis du processus développemental initié c'est aussi « travailler à son effacement sans disparaître ». Comme le rappelle Daniellou (2006), « on peut concevoir l'intervention comme une expérimentation réglée. Mais elle est toujours aussi une expérience vécue ».

Après avoir coordonné et supervisé de multiples réunions et séminaires avec l'équipe pédagogique entre 2019 et 2021, après avoir intégré la R.I dans le projet de recherche CP4H financé par deux fois par l'Université Côte d'Azur, après avoir mobilisé deux étudiants ingénieurs pédagogiques du master dont nous sommes la responsable, progressivement nous nous sommes effacés : nous avons assisté à des réunions à distance laissant progressivement les coudées franches au terrain. À l'aide d'une « évaluation mesure » au sens de Marcel et Bédin (2018, p.87) nous avons considéré avoir répondu à la demande sociale et avoir atteint les visées praxéologiques initiales au travers d'un livrable : une nouvelle conception et mise en œuvre de la formation au sein du DES « avec les médecins -enseignants » et « sanctuarisée » par ces derniers au bénéfice de la santé des internes de médecine générale. Nous avons changé de posture, passant de celle d'intervenant à celle « d'extervenant », néologisme introduit par les auteurs (ibid, p.57). En revanche, nous avons à ce moment-là opéré un trait d'union avec les visées scientifiques de la recherche, ce que les auteurs (ibid, p.82) qualifient de « bouclage » au regard de la direction de plusieurs mémoires de master⁵ et de la valorisation des résultats scientifiques sous la forme de communications dans différentes manifestations (Ciavaldini-Cartaut, 2020 ; Ciavaldini-Cartaut, Jouët-Robba, Munck et Darmon, 2021 ; Jouët-Robba et Ciavaldini-Cartaut, 2020 ; Darmon, Ciavaldini-Cartaut et Munck, 2020).

Qu'elles sont les effets émancipateurs et développementaux de cette R.I ?

Les transformations simultanées de l'activité et du sujet dans l'activité. Nous avons changé l'expérience vécue du rapport au travail des médecins du DES désormais « satisfaits et légitimes d'être enseignants - formateurs » avec l'hybridation et l'usage du numérique et celui des internes de médecine générale dans leur activité de soin lors des stages les plus épuisants en milieu hospitalier. Ceci les a conduits à refuser la souffrance ordinaire qui consiste par exemple à assurer des heures supplémentaires au-delà du cadre légal (> 60 h hebdomadaires) pour suppléer à un manque de ressources humaines dans les services.

⁵ **Audrey Bagnaro** (2022) « Acceptabilité du numérique et de l'hybridation pédagogique au sein du DES de Médecine générale et sanctuarisation de la formation des internes de Médecine Générale » Master 2 Pratiques et ingénierie de la formation – formation des adultes.

Stéphane Munck (2020) « Hybridation pédagogique en médecine générale en 2020 : Effets sur le développement professionnel des enseignants et acceptabilité du numérique ». Master 2 Pratiques et ingénierie de la formation – formation des adultes.

Aurélié Jouët-Robba (2020) « L'hybridation, vecteur de satisfaction professionnelle et levier de la transformation pédagogique chez les enseignants en faculté de médecine ». Master 2 Pratiques et ingénierie de la formation – formation des adultes.

Mathieu Agnès, (2020). *Santé et facteurs d'amélioration chez les internes de médecine générale concernant le burn-out et le stress*. Mémoire de Master Ingénierie Psychosociale, Psychologie du Travail et Ressources Humaines. Département de psychologie. Université Côte d'Azur.

Les transformations simultanées de la représentation de l'activité et de la représentation de soi-en activité. Cette transformation renvoie à la prise de conscience chez certains internes de médecine générale que la santé c'est aussi la capacité de porter cette question dans celui qui la (pro) pose, ce n'est pas l'absence de maladie.

Les transformations de l'activité d'enseignement : Il s'agit de la création collective de la nouvelle offre de formation hybride du DES. En janvier 2023, la même équipe s'est lancée dans un projet de recherche-action sur les pratiques collaboratives interprofessionnelles en santé avec l'ambition de créer un nouveau diplôme universitaire. Ce projet nommé IES-Collab est financé par l'Université Côte d'Azur. Les médecins enseignants impliqués antérieurement dans notre R.I sont à l'initiative de ce projet. Peut-on considérer le projet ES-Collab comme un nouvel indicateur de l'ensemble des transformations évoquées ?

Au cours de cette R.I nous avons vécu des moments de déstabilisation et de doutes tant sur le plan épistémologique que méthodologique en mêlant des attentes à courts et moyens termes pour différents groupes sociaux convergeant autour d'une problématique de santé publique. Comme les médecins enseignants, nous en avons tiré de nombreux apprentissages qui ont été fondateurs de notre programme de recherche actuel (Ciavaldini-Cartaut, 2021).

Références

Auslender, V. et Fleury, C. (2017) Mauvais traitements envers les étudiants dans les hôpitaux.

Soins la Revue de Référence Infirmière, 62 (818), 56-59. DOI : 10,101 6/j. soin. 2017.06.021.

Bartunek, J. & Moch, M. (1987). First Order, Second Order, and Third Order Change and Organization Development Interventions: A Cognitive Approach. *Journal of Applied Behavioral Science*, 23, 483-500.

Bédin, V. & Aussel, L. (2020). Le rapport final de recherche-intervention à l'épreuve des visées heuristique, praxéologique et critique — Vers l'élaboration d'une grille d'analyse textuelle. *Questions Vives* [En ligne], 33. <http://journals.openedition.org/questionsvives/4834>. DOI : 10.4000/questionsvives.4834

Broussal, D., Ponte, P. & Bedin, V. (2015). *Recherche-intervention et accompagnement du changement en éducation*. L'Harmattan.

Cabé, M. H. (2016). Le sociologue intervenant à l'épreuve de l'intervention : l'art du déséquilibre et du contrepoint. *Sociologies pratiques*, 117-128.

Caroly, S. (2010). *L'activité collective et la réélaboration des règles : des enjeux pour la santé au travail*. Habilitation à Diriger des Recherches en Ergonomie. Université Victor Segalen-Bordeaux II.

Ciavaldini-Cartaut, S. (2020, octobre). Scénarii pédagogiques innovants pour les cursus en santé. 2e Congrès Inter-Universitaire CCFUO « Pédagogies innovantes en santé ». Institut Claude Pompidou, Nice

Ciavaldini-Cartaut, S. (2021). *Formation-intervention à visée de santé dans le rapport au travail comme épreuve. Contribution d'une approche « activité »*. Habilitation à Diriger des Recherches en Sciences de l'éducation et de la formation. Université de Bourgogne Franche-Comté.

Ciavaldini-Cartaut, S., Jouët-Robba, A., Munck, S. & Darmon, D. (2021) Accompagner à des fins de santé le changement des pratiques pédagogiques liées au numérique dans la formation professionnelle en alternance des internes de médecine générale. Symposium : Faire et accompagner à « Se faire ». Pédagogies et didactiques du travail dans un monde professionnel en (r) évolution (Coord. Orly, P. & Métral, J-F). *Biennale internationale de l'éducation et de la formation professionnelle*. Institut Catholique, Paris.

Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF.

Clot, Y. (2010). Au-delà de l'hygiénisme du travail : l'activité délibérée. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 10, 41–50.

Daniellou, F. (2006). Entre expérimentation réglée et expérience vécue. *Activités* [En ligne], 3 (1). <http://activites.revues.org/1835>.

Darmon, D., Ciavaldini-Cartaut, S. et Munck, S. (2020, décembre). Formation, santé, travail : enjeux de sanctuarisation et d'innovation pédagogique en médecine générale. Journée de la Santé au Travail de l'Université Côte d'Azur organisée à l'initiative de la Fédération de Recherche sur les Interventions en Santé (FRIS) au sein de l'EUR sur les Ecosystèmes des Sciences de la Santé Healthy.

Debru, C., & Deltin, S. (2005). La vie à l'épreuve de la santé. *Revue des Deux Mondes*, 109-120.

Dionne, P., Baribeau, C. & Savoie-Zajc, L. (2022). L'activité de recherche qualitative à un carrefour de visées transformatrices et émancipatrices. *Recherches qualitatives*, 41(1), 1–12. <https://doi.org/10.7202/1088792ar>

Durrafourg, J. (2004). Alain Wisner et l'histoire de l'ergonomie, le mode de réflexion d'A. Wisner. In A. Durrafourg & B. Vuillon (Eds), *Alain Wisner et les tâches du présent — la bataille du travail réel* (pp. 13-26). Toulouse : Octarès.

Engeström, Y., & Sannino, A. (2013). La volition et l'agentivité transformatrice : perspective théorique de l'activité. *Revue internationale du CRIRES : innover dans la tradition de Vygotsky*, 1 (1), 4-19.

Folcher, V., Bationo-Tillon, A. & Duvenci-Langa, S. (2017). Construire et conduire une intervention en ergonomie, *Activités* [En ligne], 14 (1) <http://journals.openedition.org/activites/2956> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/activites.2956>

Galam, E, Komly, V, Le Tourneur, A & Jund, J (2013) Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *British Journal of General Practice*. 1re étude nationale sur les étudiants en DES.

Gouédard, C., & Rabardel, P. (2012). Pouvoir d'agir et capacité d'agir : une perspective méthodologique ? *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé (Pistes)*, 14 (2), 2-29. <http://www.pistes.revues.org/2808>

Hobfoll, S. E. (1988). *The ecology of stress*. Washington, DC : Hemisphere.

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.

Hobfoll, S. E., & Shirom, A. (1993). Stress and burnout in the workplace: Conservation of resources. In Golembiewski (Ed.), *Handbook of organizational behavior* (pp. 41-61). New York: Dekker.

Jouët-Robba, A. & Ciavaldini-Cartaut, S. (soumis). Accompagner le changement des pratiques pédagogiques dans la formation en santé des médecins généralistes en contexte de crise. *Médiations et médiatisations des savoirs*.

Karasek, R., & Theorell, T. (1999). *Healthy work, Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New york: Basic Books.

Lhuilier, D. (2010). Les risques psychosociaux : entre rémanence et méconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2 (10), 11-28. DOI : 10.3917/nrp.010.0011

Lhuilier, D. & Amado, G., (2012). Souffrance au travail et clinique de l'intervention. Présentation. *Bulletin de psychologie*, 65 (3), 211-215.

Marcel, J.F. (2020). Fonctions de la recherche et participation : une épistémo-compatibilité dans le cas de la recherche-intervention. *Questions Vives* [En ligne], 33. <http://journals.openedition.org/questionsvives/4691>.

DOI : <https://doi.org/10.4000/questionsvives.4691>

Marcel, J.F & Bedin, V. (2018). Contribution à l'élaboration d'un dispositif d'évaluation de la Recherche-Intervention. *Phronesis*, 7, 79-91. <https://doi.org/10.3917/phron.071.0079>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *MBI : Maslach burnout inventory*. Palo Alto, CA, 1 (2), 49-78.

Mati, C. (2016). Étude des déterminants du syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale de la région PACA. Thèse de médecine générale (Marseille-Nice, DES 2011-2013).

Mérini, C. et Ponté, P. (2008). La recherche-intervention comme mode d'interrogation des pratiques. *Savoirs*, 16 (1), 77-95. <https://doi.org/10.3917/savo.016.0077>

Miossec, Y. & Rouat, S. (2020) La recherche d'efficacité dans les actions de santé au travail. Le « travail sur le travail » comme alternative à la formation sur les risques psychosociaux, *Psychologie du Travail et des Organisations*, 26 (1), 98-107. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2019.10.004>.

Musseau, J., Zittoun, M. & Clot, Y. (2022). Au-delà de l'intervention : comment pérenniser le pouvoir d'agir ? *Les Politiques Sociales*, 1-2, 53-63. <https://doi.org/10.3917/lps.221.0053>

Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, 27 (2), 133-151.

Rabardel, P., Folcher, V., & Le Jollif, G. (1996). Méthodologie d'analyse de la demande : un outil pour l'enseignement et la pratique. *Intervenir par l'ergonomie : regards, diagnostics et actions de l'ergonomie contemporaine*, 284-290.

Van Belleghem, L., De Gasparo, S., & Gaillard, I. (2013). Le développement de la dimension psychosociale au travail. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie constructive* (pp. 47-60). Paris : PUF.

Virkkunen, J. (2006). Dilemmes dans la construction d'une capacité d'action partagée de transformation. *Activités*, [En ligne] 3 (1), 19-42. Disponible à l'adresse : <http://www.activites.org/v3n1/virkkunen-fr.pdf>

Yvon, F., & Clot, Y. (2003). Apprentissage et développement dans l'analyse du travail enseignant. *Pratiques Psychologiques*, 1, 19-35.