Développement du sentiment d'efficacité : un développement du rapport entre affectivité et pensée ?

Development of the sentiment of efficacy: A development of the relation between affectivity and thought?

Nadine Poussin

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/activites/1028>

DOI : 10.4000/activites.1028

ISSN : 1765-2723

Éditeur

ARPACT - Association Recherches et Pratiques sur les ACTivités

Référence électronique

Nadine Poussin, « Développement du sentiment d'efficacité : un développement du rapport entre affectivité et pensée ? », *Activités* [En ligne], 12-1 | Avril 2015, mis en ligne le 15 avril 2015, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/activites/1028> ; DOI : 10.4000/activites.1028

Activités est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Développement du sentiment d'efficacité : un développement du rapport entre affectivité et pensée ?

Nadine Poussin

Équipe psychologie du travail et clinique de l'activité, CNAM-CRTD 41 rue Gay-Lussac 75005 Paris
nadine.poussin@cnam.fr

ABSTRACT

Development of the sentiment of efficacy: A development of the relation between affectivity and thought? On the basis of the results of an intervention conducted from an activity clinic perspective, the aim of this article is to look at the development of sentiment as a result of the development of the confrontation between affect and thought. We base our analysis on the example of an occupational health physician whose sentiments – the sentiment of efficacy in particular – changed during the intervention. We analyse an extract of a dialogue between her and a colleague, during which they discuss arguments for and against a specific procedure. We will look at this exchange as a mobilisation of thought and as way of developing sentiments. In so doing, we offer an alternative to Bandura's classic definition (1997) of the sentiment of self-efficacy.

KEY WORDS

sentiment, affect, occupational health physician, activity, self-efficacy

1.- Introduction

Lors d'une intervention menée auprès de médecins du travail dont la demande était d'être secondés dans l'analyse de leur activité afin de développer les ressources collectives du métier, nous avons pu constater « le ressassement de débats (...) sur l'impossibilité d'être efficace » (Poussin, 2011) et l'évocation fréquente de sentiments d'inefficacité et d'inutilité. Des travaux en sociologie (Bachet, 2011 ; Marichalar, 2011) nous indiquent que leur spécialité est dévalorisée dans la profession de médecin. Des jugements négatifs sur leurs actions sont fréquemment portés tant par les salariés que par les directions ou les représentants syndicaux. Ce sont autant d'éléments qui peuvent expliquer en partie la fréquence des sentiments évoqués (Bachet, 2014 ; Dolbeau, 2008 ; Halbwachs, 1947 ; Piotet, 2002).

Au terme de notre intervention, nous avons pu constater une modification des sentiments initiaux (d'inefficacité et d'inutilité) en lien avec un développement du pouvoir d'agir (Poussin & Miossec, 2015). Nous cherchons dans le cadre de cet article à rendre compte de ce processus de transformation et à l'expliquer en partie. Pour cela, nous proposons de confronter nos résultats à la conceptualisation largement partagée en psychologie du sentiment d'efficacité personnel (Bandura, 1997/2007). Nous le ferons en quatre temps : après une présentation succincte de l'intervention (2), nous reprendrons au plan théorique le concept de sentiment d'efficacité personnel (SEP ci-après) et nous présenterons en parallèle

la conceptualisation de l'affectivité en clinique de l'activité (3). Puis nous proposerons l'analyse d'une séquence (4). Au vu des analyses produites, nous avancerons une interprétation de nos résultats (5) à partir de la conceptualisation du SEP dont nous marquerons pourtant les limites en nous appuyant sur les distinctions entre affect, sentiment et émotion proposées en clinique de l'activité (Clot, 2008, à paraître). Nous proposons alors une autre conception du sentiment d'efficacité.

2.- L'Intervention

L'intervention a duré trois ans, elle a comporté plusieurs phases d'analyse de l'activité quotidienne dont l'objectif était de permettre aux médecins de revenir sur ce qu'ils font pour pouvoir le regarder autrement et développer le collectif de travail, notre visée étant toujours le développement du pouvoir d'agir des sujets sur eux mêmes et sur leur milieu (Clot, 1999, 2008). Dans cette intervention, nous avons utilisé la méthode de l'autoconfrontation croisée (Clot, 1999 ; Clot, Faïta, Fernandez, & Scheller, 2000) dans laquelle nous produisons des traces de l'activité (le plus souvent 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 (autoconfrontation croisée). Nous travaillons ensuite avec l'ensemble des professionnels à une reprise collective des analyses produites et à leur mise en débat dans le milieu professionnel.

La question de l'efficacité étant au cœur des préoccupations des cinq médecins du groupe¹ et ceux-ci s'accordant sur l'idée que c'est à partir de leur exercice en visite médicale qu'ils construisent cette efficacité, nous avons retenu celui-ci comme objet de l'analyse. Dans la visite médicale, l'examen physique est spontanément décrit par les médecins du travail comme la partie la plus intime du métier, le « cœur » de celui-ci et aussi comme ce qui est le moins discuté entre eux². C'est pourquoi nous avons choisi de focaliser les analyses sur les manières de réaliser l'examen physique en médecine du travail.

2.1.- La méthode d'intervention

Il ne nous a pas été possible de filmer cet examen (suite au refus du Conseil de l'Ordre) nous avons alors organisé des séances filmées de reproduction des gestes à blanc de cet examen (sans « patient », ni mannequin). La consigne donnée aux médecins était de produire un mime de leurs gestes d'examen pour pouvoir ensuite le commenter, l'analyser. Ce faisant, nous n'avions pas l'illusion de reproduire les gestes au plus près de leur réalisation habituelle. La constitution de traces de l'activité pour être analysées par les professionnels eux-mêmes présente cette particularité : se donnant pour objet de fixer une réalisation possible de l'activité elle ne cherche pas ni la représentativité, ni le réalisme. Lorsque dans nos dispositifs habituels, nous filmons un professionnel au travail, nous avons conscience de modifier la situation, le professionnel filmé se sait filmé et cela a un effet sur la réalisation de son activité, même en situation ordinaire. Pour autant, nous ne cherchons pas à atténuer les

¹ Le groupe initial était composé de quinze médecins du travail, la dernière phase de travail a été menée avec un groupe plus restreint de cinq médecins : trois exercent en service inter-entreprises, deux dans la fonction publique, quatre sont des femmes, trois ont plus de vingt ans et deux ont moins de dix ans d'exercice du métier.

² Précisons qu'en médecine du travail, la visite médicale est composée d'un interrogatoire et d'un examen physique (ou clinique). En cela, elle ne se distingue pas de la consultation en médecine générale ou dans une autre spécialité. Le « cœur » du métier est donc ce qui relie le médecin du travail à la profession « médecin ». Les débats internes à la médecine du travail portent notamment sur la spécificité de l'interrogatoire (avec la part du travail dans celui-ci) et sur la place de l'examen physique dans cette visite (avec notamment les ambiguïtés liées à l'aptitude). La place de l'examen médical en médecine du travail, au delà de ce groupe fait débat dans la profession (Bachet, 2011 ; Bardot, Bertin & Renou-Parent, 2001 ; Davezies, 1999 ; Fernandez, 2009 ; Jégou, 2007).

effets de notre présence, bien au contraire, l'effet opéré par notre présence devient un des ressorts de l'analyse qui va suivre : il s'est produit « quelque chose » pour le sujet lors du film de son activité et l'autoconfrontation permet de revenir sur ce « quelque chose » pour en faire l'objet d'une nouvelle activité (Clot, 2008, Simonet, Caroly, & Clot, 2011). L'activité est toujours dans ce type de dispositif « déplacée ». Notre méthode avec les médecins du travail est en cela une innovation toute relative : elle ne fait que grossir ce qui est déjà une caractéristique de la constitution habituelle de trace. Précisons enfin que les professionnels engagés dans cette intervention avaient déjà fait l'expérience de l'analyse de leur activité sur la base de traces plus classiques (traces d'observation, documents produits dans l'activité). Il serait peut-être plus difficile d'engager en début d'intervention un groupe de professionnels à procéder ainsi. Pour ce groupe déjà rompu à l'exercice, le déplacement de leur geste dans ce contexte fictif de réalisation, parce qu'ils se sont prêtés volontiers au jeu, en mesurant les enjeux, a permis d'accéder aux conflits de l'activité ordinaire de travail.

2.2.- De l'intervention à la question de recherche

L'ensemble de nos séquences de travail (simulation, autoconfrontation simple et croisée, réunion du groupe) est enregistré (vidéo ou audio) ce qui contribue au travail d'analyse, à la circulation des résultats de celui-ci dans le milieu professionnel et nous permet ensuite de construire les données de la recherche.

Nous souhaitons ici revenir sur l'exemple d'un médecin (L) qui a témoigné lors de la dernière journée de l'intervention d'une transformation de ses sentiments. Ainsi elle dit³ :

« 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 là⁴ 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) » (Extrait réunion bilan 1).

Ajoutons qu'elle n'est pas la seule à rapporter une telle transformation des sentiments « initiaux ». Nous allons chercher à rendre compte de ce qui a pu, dans l'intervention, provoquer cette transformation. Nous mobiliserons pour cela des ressources théoriques qu'il nous faut présenter. C'est l'objet du point suivant.

3.- Ressources théoriques

3.1.- Sentiment d'efficacité personnelle et croyance

La vie psychologique du sujet est, selon Bandura (*ibid.*), centrée sur la question du contrôle. Le sentiment d'efficacité personnelle joue un rôle crucial dans le développement de l'aptitude au contrôle, celle-ci n'étant pas innée. Le SEP est ainsi défini : « L'efficacité personnelle perçue concerne la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités. » (*ibid.*, p. 12). Le SEP se développe grâce à quatre sources d'information, traitées cognitivement (*ibid.*, p. 124 et suivante) : les expériences actives de maîtrise (c'est la source la plus importante de constitution du SEP, elle correspond aux traces laissées en mémoire par la manière dont les expériences passées ont été menées avec une évaluation du rapport entre l'effort fourni et le résultat obtenu), les expériences vicariantes (le rôle de l'autre, de la façon dont il mène ses expériences et devient un modèle auquel se comparer est ici centrale), la persuasion verbale (le soutien des autres, les encouragements jouent un rôle même s'il est de moindre importance), les états physiologiques et émotionnels. Notons que pour Bandura cette

³ Pour faciliter la lecture de ces verbatim nous rajoutons une ponctuation.

⁴ « là » désignant ici le groupe d'analyse auquel elle participe dans le cadre de cette intervention.

quatrième source de développement du SEP qui est l'information somatique transmise par les états physiologiques et émotionnels n'a qu'une très faible importance.

Le sujet tel que le conçoit Bandura est un sujet qui peut imaginer différents possibles, différentes options et qui va ajuster « de façon répétée les manières d'agir à la conception guidante » (*ibid.*, p. 45), « conception guidante » qu'il définit comme un ensemble de guides cognitifs qui sont autant de guides pour l'action. Le SEP a un rôle essentiel dans ce guidage. Silencieux quand le comportement est automatisé, il revient à la conscience quand le sujet est en situation d'apprentissage ou dans une situation inhabituelle. Par exemple, alors qu'un conducteur chevronné n'a plus besoin de mobiliser son sentiment d'efficacité dans la conduite, un apprenti conducteur ou un conducteur en situation inhabituelle pourra lui à nouveau se baser sur son SEP pour choisir ses gestes. Carré (2004, p. 38) précise : « l'empan de ces réactions possibles dépend de ce que Bandura appelle les « systèmes de soi », c'est-à-dire « les médiations cognitives que le sujet, interprète actif des messages de son environnement et de ses propres réactions, introduit entre son comportement et l'environnement global (anticipations, attentes de résultats, fixation de buts, évaluation, etc.). » Le SEP se développe notamment dans le rapport au but : un but distal qui n'est pas « étayé » par des sous-buts de proximité peut amoindrir le SEP. Outre le sentiment d'efficacité personnel, Bandura pose l'existence d'un sentiment d'efficacité collectif qui plus que la somme des SEP de chaque individu du groupe émerge de la dynamique collective et notamment de la prise de conscience, par les membres d'un groupe, de buts communs (*ibid.*, p. 708 et suivante).

Le SEP tel que le conceptualise Bandura est donc une capacité autoréflexive, en lien direct avec la pensée, mais cela interroge alors la caractérisation de cette capacité par le terme de « sentiment ». Il faut noter que Bandura utilise le terme de « beliefs » et non celui de « feeling ». Le choix de traduction en français par le terme de sentiment pose question. La croyance, dans son sens le plus courant renvoie à l'attitude d'une personne à l'égard d'une idée, d'un fait qu'elle tient pour fondé, sans preuve. On voit là le lien avec ce que Bandura définit dans le SEP : la certitude, la confiance dans l'atteinte possible d'un but sans avoir la preuve qu'on l'atteindra.

3.2.- Affectivité (affect, émotion, sentiment).

La conceptualisation de l'affectivité en clinique de l'activité pose des distinctions entre affect, émotion et sentiment : « l'affect résulte d'un conflit qui éprouve l'activité du sujet et son organisation personnelle alors que l'émotion concerne davantage la palette des instruments corporels au travers desquels ce sujet y répond. (...) (les émotions) trouvent à se cultiver spécialement dans les sentiments, ces représentations collectives et instruments sociaux de la pensée qui véhiculent normes, idéaux et valeurs. » (Clot, 2008, p. 8). L'affect est en lien direct avec l'activité, il « résulte d'un conflit » et produit des effets sur l'activité du sujet et sur l'organisation de celle-ci.

L'affect est lié à l'activité et à ses conflits, mais on peut distinguer dans ceux-ci : « Dans l'activité, il y a deux conflits. Le premier lié à la triade. Le second est le conflit entre le vécu et le vivant, le pouvoir d'être affecté et le pouvoir d'agir. » (Clot, 2012). Le premier conflit, celui de la « triade », renvoie à la conceptualisation de l'activité triplement adressée (soi, objet, autrui) tandis que le second renvoie au rapport entre vécu et vivant. Cette distinction entre vécu et vivant est déjà posée par Canguilhem : « Par vie, on peut entendre le participe présent ou le participe passé du verbe vivre, le vivant et le vécu. La deuxième acception est, selon moi, commandée par la première, qui est plus fondamentale. » (1968/1989, p. 335). Clot reprend à son compte à la fois cette distinction entre vécu et vivant et le primat du vivant sur le vécu et il propose de définir l'affect comme le rapport entre les deux, le passage entre les deux : « C'est dans le conflit entre le vivant et le vécu, que l'affect développe le vivant au moyen du vécu. Par l'affect, l'activité augmente ou diminue, il change le rythme

de l'activité. » (2012).

L'affect est donc ce qui dérouté l'organisation du sujet (Green, 1973), ce qu'on pourrait aussi appeler avec Rimé les « structures préparées de réponses » (2005/2009, p. 52). Émotion et sentiment sont en position d'instruments psychologiques (Vygotski, 1928/2014) c'est-à-dire mobilisés dans une activité d'abord relative à soi (et non à l'objet), ils servent à agir sur soi, ici à reconstruire quelque chose de la contenance, à poursuivre l'action, à vivre l'affect. Ce sont des entités psychophysiologiques éminemment sociales, l'une dirigée principalement vers l'action corporelle, l'autre vers l'action mentale. Mais nous ne les distinguons pas essentiellement par cette direction au risque de réintroduire une forme de dualisme corps/esprit. La différence essentielle entre émotion et sentiment tient, selon nous, à leur lien à l'événement. L'émotion est reliée à lui de manière consubstantielle, le sentiment s'en détache et permet de le reprendre après coup.

Les sentiments résultent d'un compromis entre affectif et représentation, raisonnement, idéation (Wallon, 1941/1997), il y a une structuration, une organisation des sentiments à partir du moment où « l'intelligence a saisi les connexions qui existent entre les situations ; ils constituent les émotions du virtuel, et, par là, dépendent de la pensée. » (Malrieu, 1956, p. 127). La pensée du possible, le raisonnement dans le virtuel deviennent progressivement possibles. La pensée en tant que « représentation du virtuel » permet d'éprouver ces « émotions de l'inactuel que sont les sentiments » (p104). Pour autant, le sentiment ne peut être confondu avec l'idée, au risque de devenir « une pure idée, froide et décolorée » (Ribot, 1896/2005, p. 100) et de perdre tout lien avec l'action « car c'est une règle que tout sentiment perd de sa force dans la mesure où il s'intellectualise (...) Une idée qui n'est qu'une idée, un simple fait de connaissance, ne produit rien, ne peut rien : elle n'agit que si elle est sentie, s'il y a un état affectif qui l'accompagne, si elle éveille des tendances, c'est-à-dire des éléments moteurs. » (p. 19). Reprenons ici à Janet la manière tranchée de formuler sa conception : « Un sentiment n'est pas plus dans l'âme qu'il n'est dans le ventre, il est une modification de l'ensemble de la conduite. » (1927/1975, p. 30).

Ces ressources théoriques étant décrites, nous allons maintenant reprendre l'exemple de L pour analyser le processus de transformation de ses sentiments.

4.- Étude d'une séquence d'analyse de l'activité

Nous allons prendre pour objet d'étude un extrait d'une séquence d'analyse d'activité, analyse réalisée par les deux médecins (L et D⁵) secondées par l'intervenante.

4.1.- Histoire de la séquence

Revenons au préalable brièvement sur ce qui s'est passé pour L lors des phases précédentes de l'analyse. Lors de l'autoconfrontation simple alors qu'elle regarde pour le commenter le film du mime de l'examen, elle arrête celui-ci au moment où on la voit faire de manière précipitée un geste de percussion au niveau de l'abdomen.

Elle dit alors à l'intervenante : « 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 (...) et j'étais incapable de te montrer le geste ». 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 (elle réalise un geste de percussion) comme ça etc. Mais sur le moment, j'ai eu, je sais pas, un temps : mais comment je fais ? »

En autoconfrontation simple, L expose longuement sa surprise de n'avoir pas su retrouver comment expliquer ce geste pourtant si familier, si quotidien. Elle cherche des raisons à cette

⁵ L et D travaillent dans même service interentreprise, elles ont toutes deux plus de vingt ans d'expérience du métier.

difficulté, qu'elle éprouve à nouveau en essayant de mimer le geste. L'échange avec l'intervenante a alors porté sur la bizarrerie de la perte de ce geste, sur la gêne ressentie alors, sur l'incompréhension de la difficulté à le reproduire à blanc. Ce geste alors prend un relief particulier par rapport à d'autres gestes (par exemple celui de la palpation) pour lesquels elle n'a pas éprouvé pareil trouble. C'est pourquoi on ne peut pas s'arrêter aux explications proposées par cette professionnelle de la « perte » de ce geste. Ses explications à ce moment de l'intervention relèvent de deux registres : l'automatisation des gestes (et son corollaire, leur forme d'incorporation, d'inconscience, qui entraîne une réelle difficulté à les ramener à la conscience, sur ce point son explication peut être étayée par Léontiev, 1975/1984), la difficulté technique du geste. Malgré toute la pertinence de ces explications, si on les suit, on ne comprend pas pourquoi ses autres gestes (tout aussi « techniques » et/ou « automatisés ») ont pu être mimés sans difficulté particulière.

Quoi qu'il en soit, dans cette autoconfrontation simple, l'objet de discours dominant a été cette difficulté à retrouver ce geste. Il n'a pas été question de l'utilité de ce geste. En autoconfrontation croisée, l'objet du discours va être « court-circuité » par sa collègue. En effet, alors que toutes deux regardent ce passage de la percussion, D arrête le film et déclare qu'elle, dans son exercice de la médecine du travail, ne fait plus de percussion et elle avance des arguments contre l'utilité de ce geste en médecine du travail.

4.2.- Méthode multimodale d'analyse

C'est l'extrait de cet échange entre elles que nous allons analyser ici de deux points de vue : le premier consistera à chercher des traces de l'affect ; le second des traces de la pensée. Compte tenu de notre choix de définition du sentiment et de ses rapports à l'émotion ainsi que de son rôle d'instrument de l'affect, il nous semble nécessaire pour en suivre le développement de saisir le to-texte des énoncés (Cosnier, 2003), et pour cela d'utiliser une méthode d'analyse multimodale. À partir de notre définition de l'affect, nous considérons que les traces de celui-ci sont les marques de désorganisation de l'activité, de déroutement du sujet qui seront tout à la fois des troubles dans les manières de dire, dans les gestes, dans les regards... Notre objectif étant ici de vérifier si notre conceptualisation peut rendre compte des processus de développement du sentiment, dans l'éprouvé d'un affect, par sa reprise et sa mise à l'épreuve dans l'échange argumentatif sur les manières de mener son activité, nous regarderons si les moments de troubles affectifs sont suivis d'échanges portant sur les « contenus » des sentiments auxquels nous nous intéressons plus particulièrement à savoir le sentiment d'efficacité et le sentiment d'utilité. Ce sera donc le développement de l'objet des échanges qui sera ici regardé.

Les indices retenus pour l'analyse sont recherchés dans les modalités verbales, vocales et visuelles. Nous repérons donc les marques d'hésitation, les pauses (silencieuses ou sonores, c'est-à-dire les allongements de syllabe), les focus intonatifs (Behague, 2007 ; Grosjean, 1991), les marques de modalisation et modulation (Vion, 2001, 2003) et enfin les regards. Concernant les regards, nous nous servons des analyses de Bouvet et Morel (2002) et Morel (2006) dans lesquelles sont repérées un certain nombre de régularités des directions de regard lors d'une conversation. Nous retenons notamment les signes d'une position qualifiée de « repli sur soi », d'« égocentrique » marquant une recherche de mot, une élaboration réflexive : le regard est alors moins tourné vers l'autre et l'est davantage dans le vide vers le bas ou vers le haut. L'analyse des changements de direction des regards nous sert de point de suture avec l'analyse des marques de « pensée » à l'œuvre, à laquelle nous procédons à partir d'un repérage des arguments déployés, des déplacements de signification des termes utilisés, du développement des objets de discours, notamment par le phénomène des reprises (Sitri, 2003).

En italique : modulation, modalisation

En gras : les termes repris

-h- : prise de respiration

(.) : pause

... : pause sonore (allongement terme)

Entre parenthèses (simple) : indication de certain geste, des sourires...

Entre parenthèses {crochet} : les parenthèses marquent le début et la fin d'un regard de L dont la direction est indiquée dans l'exposant :

RM = regard mutuel

LregD = L regarde D ; Lregl = L regarde l'intervenante ;

Ho = L regarde dans le vide vers le haut ; Ba = L regarde dans le vide vers le bas.

/ : prise de parole dans un tour de parole

Tableau 1 : Code de transcription⁶

Table 1: Transcription code

4.3.- Analyse de la séquence

Les extraits ci-dessous se situent après une heure d'une autoconfrontation croisée qui dure en tout cent quarante minutes. Ils représentent sept minutes d'échange que nous divisons en quatre parties pour mieux marquer les différentes étapes affectives et faciliter la lecture des analyses.

Extrait 1 ACC L-D :

(L et D regardent le film, L mime le geste de percussion sous la table, D arrête le film)

1. D : { LregD Alors là moi je – } { RM je sais plus ce que j'ai dit, mais là j'avoue que je le fais pas}/
2. L : { LregD tu le fais pas/
3. D : en médecine du travail
4. I : qu'est-ce que tu ne fais pas ?
5. D : la percussion sauf si effectivement euh - je lui trouve un { RM gros foie à la palpation} { LregD mais euh/
6. L : tu percutes pas}/
7. D : (bas) je percutes pas **ça me barbe** (bref sourire)/
8. L : -ri { Lregl re} - /
9. D : non en plus { LregD j'ai pas l'impression d'en ressortir des choses (.) fonda} { RM mentales/ L : hum}/
D : mais – et { LregD ça vient en contradiction de ce que je fais sur le rachis je fais un truc qui} { Ho me donne pas forcément d'information que je vais utiliser, mais c'est vrai que euh (L : Ouverture de la bouche -h- puis A muet, puis se mord les lèvres) j'ai l'impression qu'il y a plein de choses que j'ai pu **élaguer**/ L : hum/ D : je ne dis pas qu'il ne faut pas le faire je j'avoue que ça je le fais} { RM plus}/
10. I : alors/
11. D : toi tu le fais systématiquement L ?

D. apporte une information sous la forme d'un « aveu » : elle « avoue » ne pas faire de percussion. Au début de cet extrait, elles se regardent mutuellement régulièrement, en parlant, et en écoutant. L'échange des regards sert à réguler leur échange, à gérer les tours de parole (Argyle, Ingham, R., Alkema, & Mc Callin, 1973 ; Kendon, 1967). En 7, la première raison donnée par D à ne plus réaliser la percussion est « ça me barbe ». Elle donne cette raison en baissant la voix, ce que l'on peut interpréter comme une forme de « réalisation » de l'aveu, L. lui répond par un rire. Puis, D. poursuit en donnant deux autres raisons qu'elle ancre dans des « impressions » entre lesquelles elle rapatrie un échange précédent durant

⁶ Le code de transcription choisi se veut différent de ce qui est le plus souvent proposé en analyse multimodale, à savoir une transcription avec différentes lignes, tel que sur une partition (c'est notamment le cas avec les logiciels Elan ou Praat, voir, Parisse & Morgenstern, 2010). Cette présentation des différentes modalités de manière distincte présente l'inconvénient de rendre quasi illisible la modalité verbale et par là l'activité langagière. Nous avons préféré une manière de faire où il est encore possible de lire les échanges.

lequel D s'était rendu compte de l'inutilité d'un de ses gestes, inutilité au sens où il lui donne des informations qu'elle n'utilisera pas dans son exercice de la médecine du travail. À ce moment là, entre les deux « impressions », le regard de L. part dans le vide, on la voit sur l'image se retenir de dire quelque chose (elle se mord la lèvre). Tout le discours de D. est teinté par ses « j'avoue » et « sincèrement » que l'on peut regarder comme des modalisations (Vion, 2001) permettant d'atténuer sa position, de prendre soin de sa collègue, ce qu'elle continue à faire en concluant par « je ne dis pas qu'il ne faut pas le faire ».

Extrait 2 ACC L-D (suite) :

12. L : *ben* (soupir) {^{Ho} oui pratiquement oui oui} {^{RM} oui oui} {^{Ho} oui *euh*}/
13. D : je recherche pas de rate moi par exemple/
14. L : {^{Ho} eh ben}/
15. D : *j'a* {^{RM} voue hein}/
16. L : {^{Ho} *euh*} {^{RM} *be :: n*} {^{Ho} (-) -rire- }/
17. D : -rire-/
18. L : {^{Ho} oui oui non} {^{RM} mais tu sais que} (pose sa main sur le bras de D) (-)/
19. D : je dis pas que c'est toi qui as tort/
20. L : {^{Ho} non non}/
21. D : je dis *euh*/
22. L : (en se tournant vers I) Bon d'ab- {^{Lregl} d'abord les rates **c'est très difficile à trouver les rates c'est très difficile à trouver** } donc {^{Ba} *euh*} (mime geste percussion) {^{Ba} je percute pourquoi parce que si la rate est grosse} {^{Lregl} ce sera euh plein ça va percuter plein } {^{Ba} euh donc si j'entends que} {^{Ho} c'est plein} (mime percussion poing fermé) {^{Ho} je vAI::S m'efforcer de retrouver un bord} {^{Ba} inférieur} {^{Lregl} je vais *un petit peu* insister } {^{Ba} *bon heu* si c'est} {^{Lregl} creux} {^{Ba} je vais me dire} {^{Lregl} non y'a pas de rate} {^{Ba} c'est bon je cherche} {^{Lregl} je trouve rien j'insiste pas *voilà* et du côté DROIT c'est le } {^{Ba} FOIE du côté droit} {^{Lregl} je repère systématiquement le bord inférieur du foie } {^{Ba} *e:uh* et puis après ben je regarde} (mime percussion) {^{Lregl} pour voir à peu près jusqu'ou ça va } {^{Ba} jusqu'ou} {^{Lregl} ça remonte la matité } {^{Ba} *euh*} {^{Ho} c'est vrai que c'est pas toujours évident} quand j'ai un doute {^{Ba} quand je trouve} {^{Lregl} que le foie que le } {^{Ba} foie déborde *euh ben là*} {^{Lregl} y'a un} {^{Lregl} autre *euh* une autre façon que j'ai fait, mais ça} c'est *un petit peu* {^{Lregl} du bricolage} je sais pas si toi tu fais {^{Lregl} je sais pas si j'en parle d'ailleurs
23. I : je crois que je l'ai coupé vas-y/
24. L : je mets mon stéto {^{Lregl} sur la pointe de de de foie qui qui qui déborde là ici (geste sur elle) au milieu} de l'épigastre et puis je (-)je fais {^{Lregl} comme ça} (fais le geste sur elle) {^{Lregl} et en fait ça fait un son différent quand on est sur le creux et sur le plein et j'arrive à repérer le foie comme ça et je fais} {^{Lregl} ça surtout quand c'est} une personne bien enrobée parce que palper un foie chez une personne bien enrobée {^{Lregl} c'est pas évident}/ D : hum hum/ et {^{Lregl} donc là} c'est (-) *ben* {^{Lregl} ça marche enfin moi il me semble /D : hum/ ça fait *un peu* comme l'échogra}pHIE hein / D : hum hum/
25. I : alors/
26. L : {^{Lregl} donc *euh* c'est la transmission de::s}/

Directement interpellé par sa collègue, L répond d'une manière que l'on peut qualifier de désorganisée. Son discours est haché par des « euh » et des « bon », elle se répète, elle soupire, elle marque des pauses sonores. Son regard est saccadé : du vide à sa collègue. Ces indices concordent pour attester de l'éprouvé d'un affect. Celui-ci se traduit dans un rire, dans lequel la rejoint la rejoint sa collègue. Puis elle fait un geste particulier (18) : elle pose sa main sur le bras de sa collègue, avant de se détourner ostensiblement d'elle. Elle interrompt là, de manière marquée le contact visuel avec sa collègue. Elle cherche un autre interlocuteur et s'adresse alors à l'intervenante. À ce moment, on peut dire qu'elle s'est détournée à la fois de sa collègue et de la question qui se construisait (pourquoi je ne fais plus/ pourquoi tu fais). L refuse l'objet de discours proposé par sa collègue (l'utilité du geste) et se lance dans une « tirade » d'explication de la difficulté technique du geste de percussion (à partir de 22) Elle a introduit ce propos sur la difficulté par un geste « amical » (poser la main sur le bras de sa collègue) et ces mots « oui non, mais tu sais que », dans une forme de justification de l'adressage de son propos à l'intervenante qui elle ne partage pas ce savoir. Cette « tirade » est dite avec une voix plus forte, L pose ses mots avec fermeté (ce qui contraste avec les hésitations des prises de parole précédentes), son dire s'appuie sur les gestes qu'elle réalise alors. On peut voir une forme de fierté à savoir faire ce geste difficile qui transparaît dans la tonalité de sa voix y compris quand elle précise son « bricolage ». Ses regards sont alors tournés vers l'intervenante et dans le vide (surtout vers le bas, devant elle), à un moment où elle se replonge dans sa pratique. Elle fait alors des gestes de percussion à

plusieurs reprises. Sa posture est une posture de repli (Morel, 2006) par rapport à sa collègue (en se servant pour cela de la présence de l'intervenante). Quelques marques de modulation apparaissent « je vais *un petit peu* insister », « voir *à peu près* », « c'est *un petit peu* du bricolage » qui sont autant de traces de la distance avec ce qu'elle est en train d'exposer d'une manière ferme et appuyée. On peut alors le voir comme un repli sur soi, en soi, où elle se parle à elle-même, à voix haute, où elle reprend pour elle-même la difficulté de ce geste et où elle se remet dans les situations quotidiennes durant lesquelles elle arrive à vaincre cette difficulté, où elle s'en « sort ». Elle peut tenter alors de reprendre contact avec sa collègue. En fin de tirade, elle reprend une posture côte à côte (Morel, 2006) en regardant à nouveau D sur « y'a » et « c'est un petit peu du bricolage ».

Extrait 3 ACC L-D (suite) :

27. I : {^{Lregl} pour que je comprenne L toi tu fais la percussion c'est dans le cadre de l'examen du foie enfin pas pas uniquement, mais là dans ce que tu dis là
28. L : hum} oui c'est pour le foie oui {^{Lregl} oui}
29. I : c'est ça hein pour le foie toi (à D) tu la fais pas parce {^{LregD} que ça te barbe et parce que c'est pa::s
30. D : et parce que alors sauf si je te dis si je trouve une quelqu' chose qui va vraiment m'alerter sur eu::h la zone de l'hypocondre droit donc là ou y'a le foie si je trouve un bord inférieur si je trouve un un un foie dur là oui je vais compléter l'examen sinon *sincèrement* euh c'est vrai que j::e je paSSE parce que c'est long (-) et qu'on a plein de choses à voilR et que voilà }/
31. L : (très bas) {^{BA} c'est vrai}/
32. D : {^{LregD} donc j'avoue je passe j'avoue c'est le je considère que si je trouve rien comme ça à la palpation ou même dans le l'observation qu'on a de la personne euh y'a des personnes tu vas voir tout de suite qu'elles ont comment dire (sourire D puis L) une allure avec une imprégnation exogène *comme on dit* (L hoche la tête) bon voilà bon là tu vas t'attarder *un peu* sur le truc } /
33. I : donc percuter ? /
34. D : mais bon et encore/
35. I : T'attarder là c'est percuter ou
36. D : {^{LregD} je vais d'abord bien palper voir si je trouve un bord inférieur du foie si je trouve pas je laisse tomber je considère que c'est pas (-) *forCEment* mon job non plus (-) de médecin du travail voilà *mai::s* euh je sais pas/}
37. I : (à L) toi tu trouves pas ça **barbant**/ D : si j'ai tort ou raison
38. L : {^{Lregl} pardon ?
39. I : tu ne trouves pas ça **barbant**} (-) de percuter ? {^{HO} -rire-
40. D : **je dis barbant mais** c'est pas
41. I : pour reprendre le terme de D hein
42. L : e::uh}{^{BA} c'est c'est}{^{HO} je dirais pas barbant}{^{Lregl} je dirais que c'est pas facile} (I : hum) c'est (-) {^{BA}quelque fois c'est difficile euh (-) donc c'est vrai que y'a des moments}{^{Lregl} euh ou}{^{LregD} euh -rire- euh} {^{BA}on peut être rebuté par par enfin où je peux être}{^{Lregl} un peu rebutée}{^{BA} par la difficulté (-) euh mai::s (..), mais *bon* je le fais parce qu::e je sais pas c'est une habitude} /
43. D : {^{RM} oui c'est ce que j'allais dire/
44. L : d'examen}/
45. D : c'est une habitude/
46. L : {^{Lregl} c'est u:n}{^{BA} quand je regarde}{^{Lregl} le ventre je regarde le reste ça va ça va ensemble (.) je dissocie pas} {^{HO} les deux maintenant eu:h effectivement eu:h on peut (...) c'est vrai que (..) (L se redresse) D a un *petit peu* raison l'examen MEDical}{^{BA} il faut circonscrire parce que on peut passer}{^{Lregl} une heure à examiner quelqu'un}{^{BA} eu:h moi quand j'étais en} {^{LregD} neurologie} {^{Lregl} quand on exa}{^{RM} minait le patient/ D : si tu fais l'examen neuro} ah oui c'est très très long/ L : {^{Lregl} ça durait euh} {^{BA} au MOINS} {^{Lregl} une heure minimum une heure} {^{BA} euh et c'est} {^{Lregl} que l'examen neurologique} {^{BA} donc je veux dire l'examen CLinique il faut} {^{Lregl} circonscrire} {^{LregD} et c'est vrai} qu'il {^{BA} faut aller rechercher} {^{Lregl} (-) il faut} {^{BA} euh iiii il faut il faut} {^{Lregl} faire ce qu'on ce qu'on recherche hein euh parce que sinon on y passe}{^{BA} trop de temps}

D, poussée par l'intervenante à développer ses arguments poursuit l'explication de l'abandon du geste de percussion. L en position d'écouteuse, regarde en continu sa collègue sauf au moment où presque dans un souffle elle dit, pour elle-même (après avoir entendu l'argument de la contrainte de temps) : « c'est vrai » (31).

Puis l'intervenante revient vers L pour lui demander sa position par rapport à la qualification de ce geste de « barbant », sa réponse (42) est ponctuée de nombreux silences, pauses sonores et des « euh ». La question de l'intervenante lui permet de confronter « barbant » (le mot prononcé par D) à « difficile » (le mot prononcé par L). Alors progressivement, l'objet de discours de D devient le sien et s'incarne lorsqu'elle se redresse et dit « D a un petit peu

raison » (46), la modulation « un petit peu » rendant à la fois possible de le dire et de commencer à l'éprouver. Elle poursuit : « il faut circonscrire ». À ce moment-là, L. montre qu'elle a entendu les arguments de sa collègue sur les contraintes de temps, de choix à faire et qu'elle commence à faire quelque chose des arguments. Une reprise est opérée du terme « élaguer » (8 extrait 1) sous la forme de « circonscrire » (reprise de type « paraphrase sémantique », Sitri, 2003, p. 54). Elle insiste sur « l'examen MÉdical » et sur « l'examen CLInique » ce qui est une manière d'élargir le débat au-delà de la percussion. Elle se replonge alors (son regard repart vers le bas) dans ses débuts de médecin (lorsqu'elle était interne, lors de sa formation) puis elle tente de poursuivre l'idée (« il faut circonscrire ») et prononce avec difficulté cette phrase en 46 : « et c'est vrai qu'il faut aller rechercher iiiii il faut il faut faire ce qu'on recherche hein euh » (avec un coup d'œil à D sur le « c'est vrai »). Les marques de discontinuité sont nombreuses dans cette phrase qui semble à la fois s'emballer et vaciller. La compréhension en est difficile. Sa manière de parler alors est inhabituelle. À nouveau elle est décontenancée et elle en perd ses mots, au moment où elle tente de reprendre à son compte l'argument de sa collègue comme si le conflit de but s'installait alors en elle (faire la percussion en systématique/il faut circonscrire), conflit de but qui s'alimente, pour reprendre les distinctions proposées par Léontiev (1975/1984) au conflit entre le(s) but(s) et les mobiles (faire de la médecine du travail/être un vrai médecin). Une autre reprise atteste du mouvement opéré par L : « sinon je passe » (D en 30) est repris par L. « sinon on y passe trop de temps », cette fois les mots repris marquent un déplacement sémantique, il ne s'agit plus de « passer », c'est-à-dire de décider de ne pas faire, mais de prendre la mesure du temps passé et perdu à faire cela, il ne s'agit plus de couper les parties inutiles de l'action, mais de délimiter celle-ci.

Extrait 4 ACC L-D (suite et fin) :

47. I : toi (L) dans la manière en tout cas {^{Lregl} dont tu le montres y'a quelque chose qui donne l'impression que ça s'enchaîne quoi
48. L : oui ça} s'enchaîne c'est {^{Lregl} vrai}
49. I : c'est-à-dire euh (mime geste) et tac
50. L : ça va {^{BA} ensemble pour moi} c'est un peu (.) {^{Lregl} c'est un peu} {^{BA} quelque chose que je regarde en} {^{Lregl} même temps quoi} {^{BA} je regarde le ventre et puis euh/}
51. D : {^{LregD} de toutes façons c'est la manière orthodoxe dont on l'a } {^{RM} appris
52. L : ben oui {^{Lregl} aussi}
53. D : on l'a appris complètement comme ça hein quand on l'a appris c'est vraiment la palp' {^{LregD} l'inspection du ventre la palpation et la percussion (..) } (plus bas), mais moi {^{LregD} j'avoue simplement que je ne fais quasiment plus d:e percussion} {^{HO} parce que ça m'apporte (.) rien de particulier dans le contexte
54. I : de la médecine du travail ?
55. D : de la médecine du travail}
56. I : {^{Lregl} en médecine générale} {^{LregD} quand tu palpes l'abdomen tu fais la percussion⁷ ?
57. D : pas systématiquement
58. I : pas systématiquement
59. D : si j'ai un élément eu:h, mais je le fais beaucoup plus souvent en médecine générale qu'en médecine du travail oui bien sûr t'as raison} (.)/
60. I : {^{Lregl} alors}/
61. D : {^{LregD} mais c'est pas} systématique
62. I : {^{Lregl} quand tu le fais tu le fais comme} L montre
63. D : {^{LregD} oui oui} (elles font le geste de percussion en regardant alternativement le geste de l'autre, le leur et I en souriant)
64. I : vas-y refais (Elles refont le geste en se regardant et en regardant le geste de l'autre)
65. I : deux doigts sur non tous les doigts toi (D)
66. D : alors là {^{LregD} franchement} {^{RM} euh (-)} {^{HO} le nombre} de doigt euh
67. L11 : en principe on doit mettre {^{Lregl} les deux doigts} et on tape dessus (fais le geste de percussion)
68. D : {^{LregD} je pense qu'il faut faire eu:h} {^{RM} plus confiance} {^{LregD} à L} {^{Lregl} qui a l'air} de le faire très régulièrement (L pose sa main sur le bras de D) / L : -rises- / D : ben {^{LregD} quoi} non, mais attends quoi {^{Lregl} je suis sincère} je suis honnête hein je (-) c'est pas quelque chose que je pratique de façon (I redémarre le film « d'activité »)

⁷ D a la particularité à côté de son exercice principal de médecine du travail de réaliser quelques vacations en médecine générale.

Au début de ce dernier extrait, L reprend les termes de l'intervenante « ça s'enchaîne » puis les déplace en 50 « ça va ensemble pour moi » auquel D. répond en qualifiant cela, cet enchaînement, cet « ensemble » de « la manière orthodoxe dont on l'a appris ». Il nous semble que le propos de D. contient deux mouvements : l'un renvoie à la force de l'orthodoxie, le poids des règles de l'examen qui « enchaînent » ; l'autre fait passer de « pour moi » à « on », c'est-à-dire ouvre à une impersonnalisation. Ces deux mouvements permettent de considérer la situation du médecin (de tout médecin et non de L ou D à titre personnel) pris dans une tension entre l'examen idéal-orthodoxe et la clinique qui oblige à partir du cas réel et de la situation d'exercice dans lequel le médecin se trouve (la médecine du travail est une spécialité préventive).

Cette séquence se clôt sur la demande de l'intervenante de reproduire le geste de percussion, en interrogeant non plus la nécessité ou non de le faire, mais la manière de le réaliser. L touche à nouveau le bras de sa collègue (en 68). On peut alors identifier une séquence qui s'ouvre et se ferme par la main de L posée sur le bras de D : la première fois marquait le repli sur soi, L touchait D comme pour s'excuser de ne pas pouvoir continuer à la regarder, en tout cas d'entrer dans un régime de regard inhabituel entre elles ; la seconde fois semble marquer la possibilité de se regarder à nouveau normalement (leur regard se croisent à nouveau en (sur le « euh ») puis (« plus confiance à L »), de reprendre le cours habituel de leur relation.

5.- Discussion : vers une autre conception du sentiment d'efficacité

Pour Bandura (1997/2007, p. 206), un but distal qui n'est pas « étayé » par des sous-buts de proximité peut amoindrir le SEP. Pour les médecins du travail, le but « être un vrai médecin » ou « être orthodoxe » s'il n'est pas « étayé » par des sous-buts confine à l'impuissance. On peut trouver des raisons à la présence d'un sentiment d'efficacité (personnel et collectif) faible du côté de la « machinerie sociale » analysée par Bandura comme un obstacle au développement de l'efficacité collective : « on doit se frayer un chemin dans le labyrinthe des réglementations imposées par une autorité hiérarchique » (*ibid.*, p. 770). Dans le cas des médecins du travail, on peut aisément se ranger à l'idée qu'ils sont pris dans des réglementations parfois contradictoires (code du travail/ déontologie médicale...) De plus, leur tâche est mal définie au sens où le but de l'action est très général (« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail⁸ ») et parfois difficile à transcrire dans les actions au quotidien ce qui ne peut que renforcer les doutes sur l'agentivité personnelle et collective. Ensuite la manière dont le « modelage social » peut jouer dans leur cas pose question. En effet, dans la phase d'apprentissage de leur métier (à la faculté de médecine) ils sont pris dans une comparaison en leur défaveur (ils sont perçus dans et hors du milieu médecin comme n'étant pas de « vrais médecins »). Dans l'exercice de leur activité, la plupart n'ont pas ou peu de contact avec leurs pairs. Par contre, avec l'instauration de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail, ils sont mis en présence de « concurrents ». En résumé, les médecins du travail font peu d'expérience d'atteinte efficace du but qu'ils poursuivent, ils ne voient pas leurs collègues faire ce type d'expérience et ils bénéficient de peu de soutien social.

Nous pouvons encore suivre Bandura dans l'idée (sur laquelle insiste à raison François, 2004) d'une importance du « social » dans la constitution et l'évolution du sentiment d'efficacité in fine « personnel ». Mais alors que pour Bandura, un sentiment d'efficacité collectif peut se construire dans la mesure où chacun prend conscience des buts communs, nous constatons plutôt une possible prise de conscience de différences de rapports aux buts. En effet, il nous semble qu'ici dans l'échange entre elles, les médecins peuvent entendre,

⁸ Définition légale de la mission du médecin du travail (décret 2012-135)

sentir, éprouver les différents buts poursuivis (être orthodoxe, être rapide, être efficace, être médecin...) et les différences dans la hiérarchisation de ceux-ci. Ces différences qui se révèlent dans la controverse dialogique peuvent « forcer » le sentiment à se développer parce qu'elles se dévoilent sur un fond de ressemblances, de commun, de partagé entre elles (Meyerson, 1948/1995, pp. 121-122).

C'est pourquoi alors que l'on pourrait regarder le travail d'analyse de leur activité réalisé par ces médecins du travail dans le cadre de notre intervention comme une expérience de maîtrise (certains gestes sont simulés avec succès) ou comme une expérience vicariante (l'échange permet de « voir » la manière dont la collègue mène à bien son activité) assortie d'une forme de soutien social (dans l'échange dialogique), le tout contribuant selon Bandura au développement du SEP, nous proposons une autre explication à la transformation des sentiments constatée.

L'intervention par la succession d'étapes dans lesquelles les médecins ont été confrontés à leur manière de faire a provoqué des affects. Ces affects sont source de déstabilisation. Mais éprouvés dans un cadre qui permet de les reprendre ils ouvrent à la possibilité de développer ses instruments de réalisation, ici le sentiment. Dans notre cadre d'intervention, on ne leur propose ni de décrire, ni de commenter leurs affects, mais de renouveler à plusieurs reprises l'explication de leur activité. Expliquer revient à mobiliser des arguments. Du coup, la pensée « prend le dessus ».

Citons ici à nouveau L. Dans la réunion de bilan de l'intervention, l'intervenante lui demande de préciser ce qu'elle veut dire en indiquant qu'elle se sent plus efficace et plus sûre d'elle, voici sa réponse :

« 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 certaines consultations je n'examine pas (rires de tous). C'était une chose inimaginable, euh... 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 ben je l'ai fait ! (Rires de tous) ». (Extrait réunion bilan 2).

On le voit la transformation de ces sentiments s'accompagne pour L d'une transformation de sa manière d'agir : elle passe d'une manière « obligatoire », « toujours » à l'identique à une manière adaptée « à certaines consultations ». Revenons sur une partie du processus provoqué. Les gestes de l'examen médical mimés et leur reprise pour analyse avec l'intervenante puis entre les médecins a été l'occasion d'un travail, non par l'accès à des représentations enfouies, mais par la production d'affect, de décontenancement. Autrement dit, un travail de la pensée est provoqué dans un second temps, par l'intermédiaire de la production d'un affect. Les échanges argumentatifs ont permis alors d'enrichir les significations de certains mots tels que « difficulté » et « inutilité », ces mots et leur développement étant centraux dans la transformation du sentiment d'inefficacité. Ainsi, le sentiment d'inutilité a pris un autre sens parce que les significations de l'(in)utilité se sont enrichies : le « ça » de « ça ne sert à rien » évoqué par L⁹ s'est enrichi en se précisant. Le « ça » désignait initialement la médecine du travail « en général », dans les propos de L à la fin de l'intervention, il désigne l'examen médical « dans certains cas », grâce au passage par l'échange avec sa collègue¹⁰ durant lequel le mot « ça » a désigné 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 que « barbant » puis il est devenu difficile à abandonner de peur de ne pas être orthodoxe. La difficulté de ce geste se

⁹ cf Extrait réunion bilan1

¹⁰ Au-delà de cet échange pris ici pour exemple, d'autres échanges avec ses collègues ont porté sur l'utilité des gestes, les priorités à donner, les critères de choix...

charge dans l'échange de significations liées aux conflits d'activités rencontrées, à la manière personnelle d'y répondre. À partir de là, 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 et des mobiles, la transformation des sentiments.

Le SEP pour Bandura se développe à condition que le sujet soit mis en position de développer la maîtrise de ses actes, sa capacité d'autodirection. Cela passe par la capacité à se fixer des buts, à les hiérarchiser. Ce qui se développe alors est une capacité de jugement et une capacité de contrôle. Dans le cas de L en partie analysé ici, ce qui se développe est aussi un pouvoir et ce pouvoir passe par celui évoqué par Bandura mais au final il nous apparaît être d'un autre ordre : il s'agirait plutôt d'un pouvoir d'être affecté (Clot, 2008, 2012), c'est-à-dire non pas de maîtriser, d'anticiper ce que l'on va réaliser et ce qui dans l'interaction avec l'environnement peut nous arriver, mais un pouvoir lié à l'existence d'« un champ de forces sur le clavier duquel le sujet peut jouer plus ou moins librement » d'une « latitude subjective » (p. 28). Il ne s'agit donc pas tant de maîtriser ce que l'on réalise et ce qui peut se produire que d'avoir le sentiment que ce que l'on va réaliser et ce qui peut nous arriver peut être le moyen de vivre d'autres expériences. Il n'y a pas seulement réorganisation « cognitive » des buts, mais réévaluation des motifs, les « dessous réels, affectifs et volitifs » (Vygotski, 1934/1997, p. 494) de la pensée. En cela, nous proposons de mettre en avant la quatrième source de développement du SEP que Bandura jugeait mineure en raison d'une conception essentiellement somatique de l'affectivité. Dans l'expérience d'analyse de son activité réalisée par L, son sentiment d'efficacité se développe non pas, car elle maîtrise davantage le chemin qu'il lui faut suivre pour atteindre le but d'être un vrai médecin, mais parce qu'elle a pu développer son pouvoir d'être affecté, entendu comme capacité à supporter la déstabilisation, le décontenancement et à en faire une source d'énergie pour transformer ses manières de voir et de faire.

6.- Conclusion

Nous proposons une autre approche du sentiment d'efficacité à partir du regard porté sur l'expérience de transformation d'un sentiment d'inefficacité et d'inutilité chez des médecins du travail. Il nous semble que dans le cas analysé, cette transformation n'est pas seulement liée à une modification de croyance, à un traitement cognitif d'expériences. Le sentiment est lié à des affects et résulte de compromis entre l'affect et la pensée, d'une mise au travail de la pensée provoqué par l'affect. Les sentiments initiaux de ce médecin du travail étaient négatifs au sens où ils entraînaient du ressassement, des formes de passivité, de repli dans des habitudes dévitalisées. Ils étaient le signe que parfois les expériences vécues ne permettaient plus d'en vivre d'autres (Vygotski, 1925/2003, p. 78), elles n'étaient plus disponibles pour faire d'autres expériences, étaient en quelque sorte moribondes. On peut considérer alors que la « provocation » d'affect dans le cadre clinique d'une intervention peut permettre aux professionnels de revenir sur cette passivité, de reprendre émotions et sentiments, non pour réduire, gérer les affects, mais pour les rendre actifs. Certains développements des échanges entre les professionnels peuvent alors ouvrir la voie à un développement des sentiments.

Bibliographie

- Argyle, M., Ingham, R., Alkema, F., & Mc Callin, M. (1973). The different functions of gaze. *Semiotica*, 19-32.
- Bachet, D. (2011). Des pratiques professionnelles sous tension. L'examen clinique des salariés en médecine du travail. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2011/3, 188, 54-69.
- Bachet, D. (2014). La médecine du travail entre crise et refondation. De l'institution aux pratiques professionnelles. In F. Aballéa & A. Mias (Eds.), *Organisation, gestion productive et santé au*

- travail (pp. 241-251). Toulouse: Octarès.
- Bandura, A. (1997/2007). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles: De boeck.
- Bardot, F., Bertin, C., & Renou-Parent, D. (2001). La consultation de médecine du travail. *Les cahiers S.M.T.*, 16, 3-7.
- Behague, D. (2007). *Analyse multimodale de l'émotion dans un discours convaincant*. Thèse de doctorat en psychologie sociale. Université Paris 8.
- Bouvet, D., & Morel, M.-A. (2002). *Le ballet la musique de la parole*. Gap/Paris: OPHRYS.
- Canguilhem, G. (1968/1989). *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris: Vrin.
- Carré, P. (2004). Bandura : une psychologie pour le XXIème siècle ? *Savoirs, Hors série*, 9-50
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris: PUF
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: PUF
- Clot, Y. (2012). *L'inter-fonctionnalité des affects, des émotions et des sentiments : pouvoir d'être affecté et pouvoir d'agir*. Conférence à Campinas (Brésil), 6 février 2012.
- Clot, Y. (à paraître). Vygotski avec Spinoza, au-delà de Freud. *Revue philosophique de la France et de l'étranger*.
- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *PISTES*, 2(1).
<http://www.pistes.uqam.ca/v2n1/articles/v2n1a3.htm>
- Cosnier, J. (2003). Les deux voies de communication des émotions. In J.M. Colette, & A. Tcherkassof (Eds), *Les émotions. Cognition, langage et développement* (pp. 59-67). Sprimont: Mardaga.
- Davezies, P. (1999). Transformations des organisations du travail et nouvelles pathologies : défis à la clinique médicale. *Archives des maladies professionnelles*, 60, 6, 542-550.
- Dolbeau, M. (2008). La construction sociale des sentiments professionnels dans la maréchalerie. In M. Charmillot, C. Dayer, F. Farrugia, & M-N. Schurmans (Eds.), *Émotions et sentiments : une construction sociale. Approches théoriques et rapports aux terrains* (pp. 145-158). Paris: L'Harmattan.
- Fernandez, G. (2009). *Soigner le travail. Itinéraires d'un médecin du travail*. Toulouse: Erès.
- François, P-H. (2004). Fondements sociaux de la pensée et de l'action chez Bandura. *Savoirs, Hors série*, 51-58
- Green, A. (1973). *Le discours vivant*. Paris: PUF.
- Grosjean, M. (1991). *Les musiques de l'interaction. Contribution à une recherche sur les fonctions de la voix dans l'interaction*. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Lyon.
- Halbwachs, M. (1947). L'expression des émotions et la société. *Échanges sociologiques, Centre de documentation universitaire*, 3-5.
- Janet, P. (1927/1975). *De l'angoisse à l'extase. Tome II, première et deuxième partie*.
http://classiques.uqac.ca/classiques/janet_pierre/angoisse_extase_2/angoisse_2.html
- Jégou, F. (2007). En santé au travail, l'examen physique pour quoi faire ? *Les cahiers du S.M.T.*, 22, 64-65.
- Kendon, A. (1967). Some functions of gaze-direction in social interaction. *Acta psychologica*, 26, 22-63.
- Leontiev, A. (1975/1984). *Activité, conscience, personnalité*. Moscou: Éditions du Progrès.
- Malrieu, P. (1956). *La vie affective de l'enfant*. Paris: Éditions du scarabée.
- Marichalar, P. (2011). Médecine du travail : une spécialité invisible. *La revue du praticien Médecine générale*, 25(862), 402-403.
- Meyerson, I. (1948/1995). *Les fonctions psychologiques et les œuvres*. Paris: Albin Michel.
- Morel, M-A. (2006). Un thème, deux thèmes, un préambule ? Intonation, geste et morphosyntaxe dans le dialogue oral en français. *Linx*, 55, 133-152.
- Parisse, C., & Morgenstern, A. (2010). Transcrire et analyser les corpus adulte-enfant. In J. Bernicot, E. Veneziano, & M. Musiol (Eds). *Interactions verbales et acquisition du langage* (pp. 201-220). Paris: L'Harmattan.
- Piotet, F. (2002). Médecins du travail. In F. Piotet, (Ed), *La révolution des métiers* (pp. 291-316).

Paris: PUF.

- Poussin, N. (2011). Échanger sur les dilemmes de l'activité : une question de métier. In S. Caroly (Ed). *Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS : ressources et contrainte*. Rapport ANR-SEST. http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/67/69/73/PDF/rapport_final_medtra_2012.pdf
- Poussin, N. & Miossec, Y. (2015). Développement du sentiment et du pouvoir d'agir : un exemple chez des médecins du travail. *Le Travail Humain*, 78(1), 81-96.
- Ribot, T. (1896/2005). *La psychologie des sentiments*. Paris: L'Harmattan.
- Rimé, B. (2005/2009). *Le partage social des émotions*. Paris: PUF.
- Simonet, P., Caroly, C., & Clot, Y. (2011). Méthodes d'observation de l'activité de travail et prévention durable des TMS : action et discussion interdisciplinaire entre clinique de l'activité et ergonomie. *Activités*, 8(1), 104-128.
- Sitri, F. (2003). *L'objet du débat*. Paris: Presses Sorbonne Nouvelle.
- Vion, R. (2001). Modalités, modalisations et activités langagières. *Marges linguistiques*, n°2, 209-231.
- Vion, R. (2003). Expression et gestion des émotions dans les interactions verbales. In J.-M. Colletta, & A. Tcherkassov (Eds.). *Les émotions. Cognition, langage et développement* (pp. 153-158). Sprimont: Mardaga.
- Vygotski, L. (1925/2003). *Conscience, inconscient, émotions*. Paris: La Dispute.
- Vygotski, L. (1928/2014). *Histoire du développement des fonctions psychiques supérieures*. Paris: La Dispute.
- Vygotski, L. (1934/1997). *Pensée et langage*. Paris: La dispute.
- Wallon, H. (1941/1997). *L'évolution psychologique de l'enfant*. Paris: Armand Colin.

RESUME

Cet article a pour objectif de proposer, à partir des résultats d'une intervention en Clinique de l'activité auprès de médecins du travail, de regarder le développement de sentiment comme le résultat d'un développement du rapport entre affect et pensée. Nous partirons ici de l'exemple d'un médecin qui a vu ses sentiments changer au cours de l'intervention, tout particulièrement son sentiment d'efficacité. Nous analyserons un extrait d'un échange entre elle et l'une de ses collègues au cours duquel elles échangent des arguments pour ou contre la réalisation d'un geste professionnel. Nous regarderons cet échange comme la trace d'une mobilisation de la pensée et une voie de développement du sentiment. Nous proposerons alors à partir d'une confrontation de nos matériaux à la définition classique en psychologie du sentiment d'efficacité personnel (Bandura, 1997) une nouvelle approche de ce sentiment et de son développement.

MOTS CLES

sentiment, affect, médecine du travail, activité, sentiment d'efficacité

REFERENCEMENT

- Poussin, N. (2015). Développement du sentiment d'efficacité : un développement du rapport entre affectivité et pensée ? *Activités*, 12(1), 89-103. <http://www.activites.org/v12n1/v12n1.pdf>

Article soumis le 04/06/2014, accepté le 24/11/2014