

UN OUTIL DÉVELOPPANT

L'analyse de pratiques en « Groupes de Pairs »

Un outil développant la professionnalité

Sylvie Debris*

L'analyse de pratiques a-t-elle une incidence sur la construction de l'expertise professionnelle ? L'étude des discours produits au cours de l'activité d'analyse de pratiques dans un Groupe de Pairs de médecins généralistes permet d'identifier des énoncés de connaissances et de savoirs préexistants à leur énonciation ou construits dans cet espace. Cet article met en évidence le processus de validation de formes de connaissances construites dans des espaces distincts (scientifique ou pratique) jugées par les praticiens comme étant opérationnelles dans leur activité. « Artéfacts cognitifs », ils deviennent potentiellement des outils pour guider des actions futures et influencent la construction du système d'expertise de leurs auteurs-énonciateurs.

De nombreuses recherches récentes dans le champ de la formation des adultes s'intéressent aux nouvelles formes de formations articulées avec les situations de travail. L'analyse des pratiques constitue une de ces formes. Objet d'une valorisation sociale récente dans des champs d'activité variés, elle est souvent mise en lien avec l'intérêt porté aux savoirs détenus par les praticiens.

Certaines méthodologies utilisées en analyse de pratiques visent explicitement l'identification « des savoirs cachés dans l'agir professionnel »¹. Quels sont les types de savoirs cachés dans l'agir professionnel ? Peuvent-ils être énoncés ? Sous quelles formes ? Dans quels espaces ont-ils été construits ? Dans le cadre de la formation ou dans le cadre de l'action ? Peuvent-ils faire l'objet d'un débat au sein des Groupes de Pairs ? Certains de ces savoirs font-ils l'objet d'une validation par les professionnels ? Leur formalisation a-t-elle un effet formateur et une incidence sur l'expertise de leurs auteurs-énonciateurs ? Ces quelques questions ont orienté une démarche de recherche effectuée dans le champ de la pratique médicale². Cet article en restitue les résultats.

Référents théoriques et méthodologie de recherche

Les référents théoriques mobilisés pour l'étude relèvent de la sociologie des professions, de la psychologie du travail et de la psychologie cognitive, de la didactique professionnelle et du courant anglo-saxon de la science action. La démarche s'appuie sur le paradigme socio-constructiviste des opérations cognitives pour interroger les notions de professionnalisation, de savoirs d'action, de connaissances. La recherche repose sur une méthodologie utilisant différents outils de recueil de données : observation et enregistrement intégral de 12 réunions pour les deux groupes de

pairs, entretiens individuels et collectifs auprès des participants, traces de l'activité d'analyse de pratiques³, discours réflexifs des participants sur le matériau produit par la recherche.

Les objectifs étaient multiples :

- étudier les discours produits dans le cadre de l'activité d'analyse de pratiques afin de mettre à jour le processus d'analyse dans sa globalité, d'identifier les énoncés de connaissances jugées opératoires pour la pratique et les énoncés de savoirs d'action puis saisir la démarche de validation collective ;
- repérer dans les entretiens les attentes des participants concernant la méthode, les fonctions des réunions et les effets en terme d'évolution de la professionnalité : renforcement de l'identité professionnelle et incidence sur la construction du système d'expertise des participants.

Un dispositif d'analyse de pratique fondé sur le volontariat et l'auto régulation entre pairs

Créé par des médecins généralistes et s'adressant à des généralistes en exercice, le dispositif « Groupe de Pairs » étudié relève d'une forme construite par des praticiens eux-mêmes hors du champ de la formation continue. Cette activité d'analyse de pratiques est appréhendée par les praticiens qui l'ont conçue et promue comme une des voies possibles de professionnalisation ; elle se veut particulièrement adaptée à leurs préoccupations professionnelles et s'appuie sur leur pratique effective.

* Sylvie Debris doctorante, membre du Centre de Recherche sur la Formation CNAM, assistante sociale et formatrice (courbisdebris@noos.fr).

Forme singulière d'auto formation collective, elle relèverait, selon la définition de Carré, Moisan et Poisson (1997) de l'auto-formation sociale et intégrale dans la mesure où elle s'effectue dans le cadre d'une participation à un groupe social professionnel en dehors de tout lien avec les institutions et agents éducatifs formels. Il s'agit néanmoins d'un dispositif structuré fondé sur l'application d'une méthode et répondant à des règles de fonctionnement. Comme toute activité d'analyse de pratiques elle est soumise à des déterminants multiples : contexte d'émergence, prégnance de la culture professionnelle, enjeux sociaux qui ont influencé sa conception.

En ce sens elle s'inscrit dans la multitude des dispositifs se réclamant de l'expression « analyse de pratiques ».

Éléments caractérisant l'activité d'« analyse de pratiques »

Cette terminologie unique très fréquemment utilisée depuis une quinzaine d'année dans des champs d'activité variés, mutualise une multiplicité d'appellations correspondant à une diversité de méthodes et de dispositifs. Il est néanmoins possible de dégager certaines constantes de cette « réalité plurielle ».

La littérature sur le sujet s'accorde sur le fait que l'activité d'analyse des pratiques repose sur un travail de mise en représentation des actions professionnelles dans un espace-temps différent de celui de l'action, et s'appuie sur une mobilisation mentale rétrospective de l'expérience. Les matériaux utilisés ou les techniques mobilisées (observation directe, vidéo, expression verbale et/ou écrite, langage graphique, traces d'activité...) initient un mode particulier de communication sur l'action qui intègre toujours le témoignage de l'acteur sur sa propre activité. Ce témoignage est adressé à un tiers individuel ou collectif (pair et/ou expert, chercheur). Ainsi l'auto-réflexion exclusive d'un sujet sur sa propre activité ou l'observation seule et en extériorité d'un sujet en activité sont exclus de la terminologie « analyse des pratiques ». La verbalisation écrite et/ou orale adressée semble donc une constante majeure de ces « dispositifs de reconfiguration de l'action ». Cependant ainsi que le précise Yves Clot (2000), elle « n'est pas la mise en mot de l'action passée. C'est une activité langagière à part entière au cours de laquelle le ou les sujets redécouvrent l'activité analysée et la transforment : l'action

*mise en mot est une autre action. »*⁴.

L'analyse des pratiques est à considérer comme une activité autonome et singulière, une praxis ayant pour objet l'analyse d'une autre praxis fondée sur l'acceptation qu'en donne C. Castoriadis (1975) : « *ce faire dans lequel l'autre ou les autres sont visés comme êtres autonomes et considérés comme agent essentiel du développement de leur propre autonomie* »⁵.

Elle est considérée comme étant éloignée de la relation prescriptive dominante dans l'hétéro-formation basée sur les relations hiérarchiques entre experts et novices et questionne les rapports classiques entre la théorie et la pratique.

Afin de saisir l'intentionnalité de cette démarche singulière d'analyse de pratique et les enjeux de savoirs qui la caractérisent, il semble opportun dans un premier temps de spécifier la pratique qui fait l'objet de l'analyse dans le cadre du dispositif.

La spécificité de la pratique du médecin généraliste

L'exercice en médecine générale ou médecine de ville comporte une configuration d'isolement vis à vis des confrères, de dépendance vis à vis de la clientèle dite non captive, c'est à dire libre du choix du thérapeute et de l'observance du traitement ; mais il comporte en contrepartie un degré d'autonomie au niveau de la gestion du temps et de l'organisation du travail. Néanmoins, la prise en charge des soins nécessite de plus en plus un travail de collaboration entre praticiens.

Cette collaboration obligée, souvent empreinte d'enjeux de pouvoir et de savoirs entre les généralistes et les spécialistes, contraint le généraliste à posséder une bonne connaissance des circuits de soin et à s'inscrire dans un « réseau de confrères ». Néanmoins, dans le cadre d'un protocole de soin assuré en collaboration, la responsabilité n'est jamais partagée entre confrères, chaque praticien restant responsable de ses actes professionnels. A l'abri du regard d'autrui, dans la « clôture » du cabinet de consultation, l'activité est essentiellement fondée sur la relation médecin-client. La prise de décision s'effectue dans le cadre de la consultation en interaction avec le patient. Il est rarement envisageable pour les praticiens de différer leur jugement professionnel et de surseoir aux décisions et ce, sans l'appui d'un plateau technique ou la possibilité d'échanger ou de prendre l'avis d'autres professionnels de santé comme peuvent le faire les praticiens hospitaliers.

L'activité à partir et sur du « matériel humain » est vécue comme un exercice complexe et solitaire, elle s'exerce dans l'imprévisibilité de l'interaction. Une partie importante de l'activité soignante réside dans des actions de négociation (convaincre les patients du bien fondé d'un traitement, de l'importance d'un examen complémentaire, de la nécessité d'un changement de comportement pour améliorer l'hygiène de vie), de traduction (transposer en langage commun le langage scientifique et technique employé par les confrères spécialistes), de conseil, d'écoute et de recherche d'informations tant sur un plan somatique que sur le contexte social, économique, culturel et familial du patient.

Cet isolement comporte plusieurs conséquences. Les pratiques sont particulièrement influencées par l'expérience personnelle du médecin (Freidson, 1970).

Une perte des repères, voire des déviations, sont possibles dans la mesure où aucun contrôle ne s'exerce sur leur pratique. Pour certains, ce phénomène produit une déstabilisation et un questionnement sur la validité de leurs actes, en particulier lorsqu'ils ne peuvent s'appuyer sur les recommandations de la profession.

Un autre élément semble déterminant dans l'exercice du métier: le rapport au temps⁶. Il est vécu parfois comme une contrainte majeure dans le cadre de la prise de décision en situation d'incertitude, dans la mesure où, spécialisée en soins primaires, la médecine générale constitue généralement le premier recours du patient juste après le pharmacien. Dans ce contexte, l'établissement du diagnostic, sans possibilité de confirmer des hypothèses en s'appuyant sur un plateau technique, pose problème. Ainsi, la prise de décision est effectuée le plus souvent sur la base de signes cliniques ou de symptômes décrits par le patient ou constatés par le médecin, parfois sur la base d'un syndrome lorsqu'il est possible d'associer plusieurs signes cliniques, voire d'un tableau de maladie dans le cas où cette association a été classifiée, mais rarement sur la base d'un diagnostic certifié. De ce fait le médecin généraliste prend souvent des décisions en situation d'incertitude dans un contexte où il se trouve confronté la plupart du temps à un trouble de la santé et pas à une maladie.

Le temps peut être également ressenti comme un allié dans la prise en charge médicale sur la durée et constituer une aide aux décisions du fait de la connaissance approfondie du patient et de son

mode de vie (antécédents médicaux, contexte de vie, réactions aux traitements...). Il favorise l'établissement de la relation de confiance réciproque. Moins centré sur les types de pathologie, le généraliste semble s'intéresser davantage au malade qu'à sa pathologie et se vit comme « un professionnel-ressource » avec une fonction d'interface. Il doit être en capacité d'informer les patients, de les orienter correctement vers d'autres professionnels et d'autres structures de soin.

Cet aspect relationnel irréductible lié à la singularité des personnes et des situations comporte des éléments « routiniers » qui sont souvent évoqués par les praticiens. Ces éléments portent essentiellement sur les pathologies rencontrées et les procédures utilisées. Les statistiques effectuées montrent que les généralistes voient 300 types différents de syndromes/symptômes et de tableaux de maladie par an. Néanmoins, le champ des pathologies rencontrées demeure potentiellement très vaste et provoque un ressenti d'appréhension: être dans l'incapacité de connaître ou de reconnaître le tableau clinique d'une maladie rare ou celle présentant un risque imminent de morbidité.

Le dilemme entre « rigueur et pertinence »

Comme toute pratique, elle comporte une double dimension: d'une part la gestuelle, l'application de procédure, l'utilisation du langage, et d'autre part les règles, les objectifs, les stratégies qui déterminent les actions mises en œuvre.

Les pratiques professionnelles en général, sont complexes, difficiles à identifier et à formaliser, dans la mesure où elles intègrent:

- « *de l'action consciente, intentionnelle et rationnelle,*
- *de la mise en œuvre de recettes réglées par des normes,*
- *de l'improvisation,*
- *du bricolage en cas de ressources inadéquates,*
- *de la routine pour une économie de fonctionnement,*
- *de la stratégie pour répondre aux enjeux identitaires,*
- *de la tactique utilisant le braconnage et la ruse pour créer »⁷,*

Les praticiens sont souvent seuls, en situation, face aux actes professionnels dans lesquels ils s'engagent. L'évaluation de la situation et les hypothèses diagnostiques, fondement de la prise de décision qui permettra de s'« aventurer dans

l'acte » s'effectuent le plus souvent solitairement. Ce sentiment est renforcé par la conscience du risque pris dans l'acte professionnel. Cette conscience s'appuie plus particulièrement sur deux ressentis :

- le premier repose sur le fait que l'acte échappe pour partie à son auteur, ce qui représente potentiellement un risque d'échec face à la prévision, au projet d'action ;
- le deuxième confère à cette prévision une nature incomplète et imparfaite du fait de l'impossibilité d'envisager, à priori, l'ensemble des conséquences d'un acte (G. Mendel 1998).

Cependant, les professionnels intègrent également, dans la conception de leur pratique, une orientation qui nuance ces ressentis : pour qu'un acte professionnel soit « digne de ce nom », son aboutissement doit être conforme au projet initial construit à priori. Il convient d'en maîtriser l'ensemble des paramètres et des conséquences pour réduire les défaillances et les défauts générateurs d'accidents ou d'incidents. L'idée est de viser le « risque zéro » ou le « zéro défaut », orientation concrétisée par la « démarche qualité ». Les objectifs sont donc de réduire les risques liés au facteur humain et de pallier l'incomplétude de la prévision. La mobilisation par le praticien de règles et de procédures issues de théories construites scientifiquement peut constituer une parade aux risques pressentis.

D.A. Schön introduit à ce sujet, l'idée d'un dilemme pour le praticien entre « rigueur et pertinence » : « ...rester sur les hautes terres et faire un usage efficace des théories et des techniques issues de la recherche, mais en traitant des problèmes sans grande portée sociale ; ou bien descendre jusqu'au marécage où les situations sont des « chaos » techniquement insolubles où il traitera de problèmes épineux de grande importance, mais où il devra accepter de sacrifier la rigueur technique. »⁸ Il estime que ce dilemme est source de souffrance et d'angoisse pour des praticiens.

Les pratiques en médecine générale intègrent-elles l'instabilité et la singularité des situations ? Soumises à de nombreuses variations demandent-elles à l'acteur un travail d'élaboration dans le cours de l'action ? Cette élaboration « in situ » permet-elle de transformer une situation problématique en un problème à résoudre puis le faire coïncider avec des catégories préétablies construites scientifiquement, techniquement, professionnellement ou expérimentalement ?

Plusieurs orientations s'offrent aux praticiens : celle de faire entrer parfois de force la situation dans l'une de ces catégories, celle d'adapter partiellement la règle, celle de mobiliser des connaissances construites dans des espaces hors du champ technique professionnel, celle de s'appuyer sur ses propres connaissances construites empiriquement, celle encore de prendre le risque d'innover in situ... Ce type de fonctionnement cognitif a été spécifié par le terme de *métis* : « *c'est cette connivence avec le réel qui assure son efficacité... La bigarrure, le chatolement de la métis marquent sa parenté avec le monde multiple, divisé, ondoyant, où elle est plongée pour y exercer son action... Sa souplesse, sa malléabilité lui donne la victoire dans des domaines où il n'est pas, pour le succès, de règles toutes faites, de recettes figées, mais où chaque épreuve exige l'invention d'une parade neuve, la découverte d'une issue cachée* »⁹.

L'orientation prise par le professionnel est soumise à de multiples facteurs : l'évaluation du risque, les contraintes de l'organisation du travail, l'appréciation que le praticien a de lui-même en tant que professionnel, son degré d'expérience, le rapport qu'il entretient avec le savoir dans ses dimensions épistémologique et identitaire (B. Charlot 1997).

Ce rapport pour un sujet peut-être envisagé comme des cognitions mettant en concurrence des formes spécifiques du savoir qui vont selon les situations s'harmoniser avec cohérence, mais parfois se confronter voire s'affronter. La force de la cohérence interne d'un savoir scientifique renforcé par son statut peut entrer en concurrence avec la pertinence d'une connaissance jugée opératoire dans la pratique. La valeur que le sujet leur attribue influe sur leur mobilisation et dépend de la stratégie qu'il développe : celle de légitimer sa pratique sur un savoir systématisé ou celle de la valider par un système de connaissances pertinent et efficace. Comme l'explique B. Charlot, la reconnaissance sociale du savoir systématisé légitimant un champ d'activité n'est pas sans conséquence sur les pratiques¹⁰.

La tension générée par ces deux orientations appelle un questionnement : que font les professionnels lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes qu'ils ne savent pas résoudre du fait de l'impossibilité à mobiliser dans la situation contextualisée une procédure ou une règle professionnelle ?

Peuvent-ils se permettre de procéder par essais et erreurs ? S'autorisent-ils à transgresser les règles et en inventer d'autres dans une logique pragmatique ? Disposent-ils d'un cadre pour échanger leurs connaissances, leurs « trucs de métier », leurs découvertes astucieuses ? Ces questions peuvent être résumées ainsi : la face cachée de la pratique professionnelle a-t-elle un lieu pour s'exprimer ?

Dans quel cadre cette face cachée - expression des actes et actions réels qui sont parfois très éloignés des règles prescrites par la profession et des procédures issues de la démarche scientifique - est-elle avouable ? C'est en partie pour répondre à ces interrogations, pour réduire la tension créée par cet écart entre rigueur et pertinence que les « Groupes de pairs » ont été conceptualisés.

Contexte d'émergence et enjeux de professionnalisation

Le champ des connaissances à mobiliser dans l'activité est vaste, il est censé être renouvelé constamment dans divers domaines. Compte tenu des découvertes rapides au plan technique et scientifique, de l'évolution des procédures et des protocoles de soin ; les recommandations de la profession et des organismes de financement changent constamment. De plus, un certain nombre de connaissances sont classées hors du champ médical, en particulier celles utilisées en médecine générale dans le domaine relationnel et sociologique.

Partant du constat de l'inadéquation de la formation initiale et des formations continues avec la pratique du médecin généraliste, et pris dans un contexte de perte de légitimité et d'autonomie, des médecins généralistes regroupés au sein d'une société savante, la Société Française de Médecine Générale¹¹, ont réfléchi aux moyens à mettre en œuvre pour revaloriser leur pratique et leur statut. Leur objectif premier était de construire une discipline et un langage spécifiques sur des bases scientifiques en partant de l'observation et de l'analyse méthodique de l'activité du généraliste.

Conception du dispositif « Groupe de Pairs »

S'appuyant sur l'analyse de cas cliniques, les concepteurs avaient pour objectifs de construire un langage et des critères communs, de tester le modèle biomédical officiel, de construire des savoirs spécifiques, de les faire valider par les instances professionnelles et enfin d'introduire dans l'enseignement des disciplines en sciences

humaines non enseignées en médecine : sociologie, psychanalyse, linguistique...

Le développement de la formation médicale continue en Europe pour les généralistes, la référence aux groupes « Balint », la pratique des audits de groupes néerlandais et les travaux de Brown¹² ont permis au docteur Jacot en 1987 de conceptualiser la méthode.

Ainsi, cette méthode faite d'emprunts divers, s'inscrit dans le cadre large de la démarche qualité avec pour objectif l'amélioration des soins en tenant compte de la relation triangulaire client/prescripteur/payeur.

Pour ce segment professionnel, il s'agissait bien de reconquérir un statut et une autonomie, tant au sein de la profession médicale qu'au plan sociétal en développant une rhétorique sur l'amélioration du service rendu, de spécifier et de rendre visible le noyau de compétences et de savoirs propres à la médecine générale afin de faire reconnaître l'activité en tant que discipline autonome au sein de l'université ; le groupe professionnel pouvant ainsi contrôler le processus de formation.

Le dispositif a donc été conçu dans une logique de professionnalisation de l'activité et des acteurs (Wittorski, 2003).

Les résultats de la recherche

L'observation de deux groupes de pairs en région parisienne met en évidence un fonctionnement proche de la méthode conçue par la SFMG. Les groupes sont exclusivement composés de généralistes dont le nombre de participants se situe dans une fourchette de 7 à 10 ; la participation aux réunions est très régulière, voire systématique. La durée moyenne du fonctionnement est de deux ans. Les séances durent trois heures environ, elles ont lieu dans une salle de réunion en soirée, il a été dénombré une dizaine de réunions par an pour chaque groupe soit 30 heures d'analyse de pratique annuelle.

Ces groupes rassemblent des médecins proches géographiquement, tous volontaires. Il n'y a pas de hiérarchie à l'intérieur des groupes. En grande majorité, les médecins participent à d'autres types de formation continue et sont pour un tiers d'entre eux engagés dans des actions de formation (maître de stage et enseignement en faculté). Sur l'ensemble des participants un seul d'entre eux est adhérent à la SFMG, **nous pouvons en conclure que la méthode répond favorablement aux attentes formatives de la part de praticiens qui ne sont**

pas nécessairement empreints de l'orientation conceptuelle promue par la SMFG.

L'observation de ces deux groupes durant un an montre un écart entre le déroulement effectif des réunions et la méthode initialement conçue en trois temps. Nous avons remarqué que l'étude des cas cliniques ou « casuistique » en constitue la part la plus importante 4/5 environ avec respect de la règle du tirage au sort de « cas aléatoires »¹³. L'évaluation des circuits de soins s'effectue la plupart du temps lors de la discussion qui suit la présentation du cas. La revue critique de la presse spécialisée et la recherche documentaire est toujours en lien avec les débats menés à propos du cas clinique. Pour confirmer, infirmer ou compléter leurs hypothèses, les médecins utilisent la documentation qu'ils ont à disposition dans le lieu de réunion où décident d'approfondir la recherche documentaire hors réunion pour en faire état lors de la rencontre suivante.

La recherche met également en évidence un écart entre les préoccupations et les intérêts des participants et ceux des promoteurs. Ces derniers ont construit la méthode dans une logique de professionnalisation de l'activité : construction d'un système d'expertise validé par le segment professionnel dans une logique de transmission des savoirs formalisés. Du point de vue des participants, l'aspect formatif individuel prédomine, leurs attentes se centrent sur la construction de la professionnalité : affirmer leur identité de professionnel, échanger des connaissances et des savoirs jugés opérationnels pour leur pratique. Plusieurs éléments contextuels expliquent cet écart. Au niveau du corps de métier, elle est aujourd'hui reconnue en tant que discipline spécifique et autonome et fait l'objet d'un enseignement universitaire dispensé par des généralistes. Le segment professionnel ayant eu l'opportunité de mener à bien ce processus de professionnalisation par le jeu de négociations sociales dans un contexte favorable, il semble cohérent que les participants ne soient plus pris dans cette logique. Ceci n'est pas sans conséquence sur la forme et la dynamique des énoncés produits au sein des groupes, en particulier sur le processus de validation des savoirs professionnels et sur la modélisation des pratiques.

Caractéristiques et fonctions des énoncés de connaissances et de savoirs

L'étude des énoncés produits par les participants

au cours de l'activité d'analyse de pratiques montre que la casuistique constitue l'aspect prédominant de la méthode. En ce sens, son concepteur s'est appuyé sur un élément prédominant de la formation des médecins : l'étude de cas cliniques. Les staffs hospitaliers et les discussions entre professionnels confirmés, les novices et les étudiants « au lit du patient » reposent sur ce principe. De ce point de vue, la méthode est familière aux participants. Cependant, les discussions sur l'étude de cas ne se limitent pas aux hypothèses diagnostiques, au traitement approprié et au pronostic d'évolution de la morbidité, comme c'est le cas dans les instances évoquées ci-dessus.

La pratique effective du médecin est questionnée dans sa globalité : son implication dans la relation au patient, son attitude de soignant, son orientation au niveau des choix effectués, sa sélection des déterminants de son action, ses affects, ses gestes professionnels...

Les échanges prennent les formes de récits d'expérience, de questionnements, de débats, de jugements et de conseils.

Le contenu des échanges porte préférentiellement sur l'évaluation des gestes du métier : l'acte de prescription et d'orientation, l'attitude relationnelle face aux patients et aux confrères. Certains gestes sont rarement discutés, notamment l'examen clinique et le diagnostic établi. Par contre, la démarche présidant à l'établissement du diagnostic et l'attitude adoptée dans le suivi médical sont deux axes particulièrement travaillés. A cette occasion, les déterminants de l'action sont systématiquement évoqués avec une prédominance des énoncés donnant accès aux satellites de l'action (Vermersch, 1994) : contexte de l'exercice, aspect relationnel, règles du métier, savoirs validés par la profession, savoirs de sens commun, les intentions, les buts, les jugements... Néanmoins, un nombre significatif de questionnement portant sur le « comment » donne accès au « procédural » (Vermersch, 1994) : connaissances d'expérience, savoirs d'action, éléments de l'activité cognitive, protocoles de soin...

Enoncés de connaissances et processus de validation

Les connaissances, dans leur dimension fortement subjective, sont issues de constructions opérées dans des espaces divers et sont au service de l'argumentation lors des débats :

- dans le cadre même de l'activité : il s'agit de

connaissances liées à l'expérience professionnelle, elles portent sur le fonctionnement des patients, sur l'appréhension que le professionnel a de son propre fonctionnement, sur les ressources du contexte, sur le fonctionnement du système de santé, sur l'efficacité et les effets indésirables des traitements et des examens, sur l'évolution de la morbidité,

- dans le cadre de la formation professionnelle initiale ou continue: il s'agit plus particulièrement de connaissances qui s'appuient sur des savoirs construits scientifiquement, techniquement ou professionnellement. Elles portent plus particulièrement sur les traitements (posologie et examen recommandés pour un type de pathologie), la classification des maladies, le fonctionnement biologique. Ces connaissances constituent une preuve clinique extérieure disponible (Abbott 1988),
- dans la vie en général: elles font référence à des informations recueillies dans l'espace privé ou public (presse non spécialisée, média, échanges avec des personnes appartenant à la sphère privée...) et à des expériences personnelles. Elles s'apparentent aux connaissances de « sens commun ».

Ces énoncés ont diverses fonctions: justification de l'action, construction de sens, mise en évidence d'un rapport aux savoirs, d'un rapport au soi professionnel et d'un rapport à la situation.

Dans le débat, les connaissances construites empiriquement sont mises en concurrence avec les recommandations et les règles professionnelles issues de savoirs construits scientifiquement. Nous retrouvons à cette étape le dilemme décrit par Schön, (1996) entre rigueur et pertinence. Deux formes de connaissances sont prioritairement débattues, celles correspondant « aux savoirs du métier » construites empiriquement et celles liées « aux savoirs professionnels » à forte dominante intellectuelle. Certains participants s'appuient sur les règles et recommandations issues de la recherche scientifique, qui leur servent de régulateur dans la gestion du risque. D'autres s'y conforment dans la mesure où elles leur semblent pertinentes pour le traitement du problème, d'autres les confrontent systématiquement aux connaissances construites au cours de leur expérience.

Ces éléments permettent de saisir des logiques différentes dans la construction de l'expertise des participants.

Au terme du débat, certaines recommandations

ou règles professionnelles sont validées si les praticiens jugent qu'elles sont adaptées aux situations rencontrées: « testées » au cours de l'exercice professionnel, ils valident leur fonction opérationnelle pour la résolution du problème identifié. D'autres sont écartées, jugées non pertinentes ou inadaptées à la pratique, la validation porte alors sur les connaissances empiriques. Les praticiens interrogent dans ce cas l'écart entre les recommandations nommées « savoirs procéduraux » dans la littérature (registre du normatif) et l'action effective qui diffère du prescrit.

L'énonciation de savoirs d'action

A partir des énoncés il a été également possible d'identifier des « savoirs d'action » en référence à la définition proposée dans l'ouvrage « les savoirs d'action » (2004)¹⁴. Ils portent sur la composante relationnelle de la pratique, sur la prise en compte du mode de vie du patient dans la prescription, sur l'implication du médecin dans la prise en charge, sur la nécessité d'une alliance thérapeutique pour gérer des suivis à haut risque de morbidité, sur les gestes professionnels techniques, sur le positionnement professionnel dans le suivi de certaines catégories de patients.

Exemple d'un savoir d'action¹⁵

Méd. A (énoncé du cas): J'ai vu une petite fille d'un an et demi qui a été amenée par sa maman, la petite touse, elle a le nez qui coule, pas de fièvre. La mère me demande une ordonnance d'antibiotique. Je n'ai pas prescrit l'antibiotique mais des trucs habituels pour une rhino.

Méd. B: Il y a une étude qui montre que l'avis du patient n'est jamais pris en compte dans la prescription d'antibiotique

Méd. C: Moi je les teste

Méd. A: Quoi!

Méd. C: Oui, je leur demande leur avis sur la question, alors il y en a toujours qui répondent « c'est vous le docteur, c'est vous qui savez ». Mais de plus en plus, il y en a qui donnent leur avis. Ils argumentent, ils disent comment ils réagissent. Je me rends compte qu'ils se connaissent bien. Alors ça fait une base pour discuter. Parfois on négocie. Parfois je leur fais une ordonnance en disant « prenez d'abord ça et s'il n'y a pas d'amélioration au bout de cinq six jours alors rappelez-moi ». J'ai observé que de toute façon le

fait de prendre leur avis sur le traitement, ça les implique, il est mieux accepté et mieux suivi.

J'ai aussi remarqué que les attitudes divergent selon les communautés. Par exemple dans la communauté malienne les parents ne sont pas demandeurs de traitement pour leurs enfants alors que dans la communauté maghrébine ils le sont davantage.

Méd. D: Oui j'ai remarqué la même chose, c'est culturel le rapport aux médicaments

Analyse de l'énonciation du savoir d'action

- Le contexte de l'énonciation :

L'énonciation de la séquence d'action fait suite à un énoncé de portée très générale qui s'appuie sur une étude scientifique. Le médecin prend la parole pour s'inscrire en faux par rapport aux résultats de la recherche.

- L'efficacité du savoir d'action est reconnu par son auteur-énonciateur, l'emploi du « je » et du « moi je » l'atteste, il manifeste sa conviction personnelle et son engagement dans cette prise de position. La justification de son efficacité s'appuie sur l'observation des incidences au niveau de l'observance du traitement.

Il y a volonté de la part du médecin de construire un échange : « discuter, négocier ». L'emploi de l'impératif « prenez d'abord ça, achetez les antibiotiques, prenez-les » montre que le médecin garde, malgré l'implication du patient, la maîtrise sur l'acte de prescription.

- La portée du savoir d'action

Il généralise ce savoir d'action à l'ensemble des prescriptions médicales « de toute façon, le fait de » en le reliant à d'autres observations générales sur le rapport entre demande de traitement et appartenance culturelle.

Cet énoncé de savoir d'action montre que le praticien s'est construit une représentation fonctionnelle¹⁶ de ce type de situation fréquemment rencontrée dans sa pratique :

Certains patients demandent des prescriptions d'antibiotiques non justifiées au regard de leur pathologie. Pour faire accepter la prescription, le praticien juge nécessaire de recueillir des éléments sur la représentation que se font les patients de la nécessité d'un traitement.

L'action est jugée pertinente au regard de la situation :

Les patients ont une représentation personnelle de l'efficacité du traitement qui est liée à leur culture. Ils ont également des connaissances sur leur

façon de réagir face à la maladie et au traitement. Le médecin estime qu'il est nécessaire de s'appuyer sur ces éléments pour adapter ses actes de prescription.

La prise en compte du point de vue du patient permet de l'impliquer dans la démarche de soin, l'acte de prescription gagnant ainsi en efficacité : l'observance du traitement est accrue (rappelons que la question de l'observance d'un traitement est récurrente dans le champ de la médecine de ville, le patient étant non captif).

L'énoncé permet de saisir le positionnement professionnel au regard de la situation (valeurs, attitudes, implication) :

Le médecin ne se présente pas comme un expert imposant son savoir. S'il est détenteur d'un type de savoir qui lui permet de poser le diagnostic et de prescrire, il reconnaît aussi aux patients des compétences sur leur propre fonctionnement.

Ce savoir d'action est centré sur l'aspect relationnel de la pratique : il s'appuie sur l'exploration de la conception du patient face à la prescription de médicament et sur une action de négociation pour l'adaptation du traitement. Il est représentatif de la pratique en soin primaire de la médecine de ville qui doit tenir compte d'un accord à minima du patient « non captif » pour l'observance de son traitement.

L'énonciation de ce type de séquences actionnelles dans un Groupe de Pairs qui « joue le rôle d'un tiers formalisant », permet la transformation des « représentations fonctionnelles de l'action » en « représentations discursives formalisantes de l'action, ce qui correspond à un processus de transformation des pratiques [...] en savoirs d'action » (Wittorski, 2004).

La construction d'un système d'expertise fondé sur la pratique en médecine générale

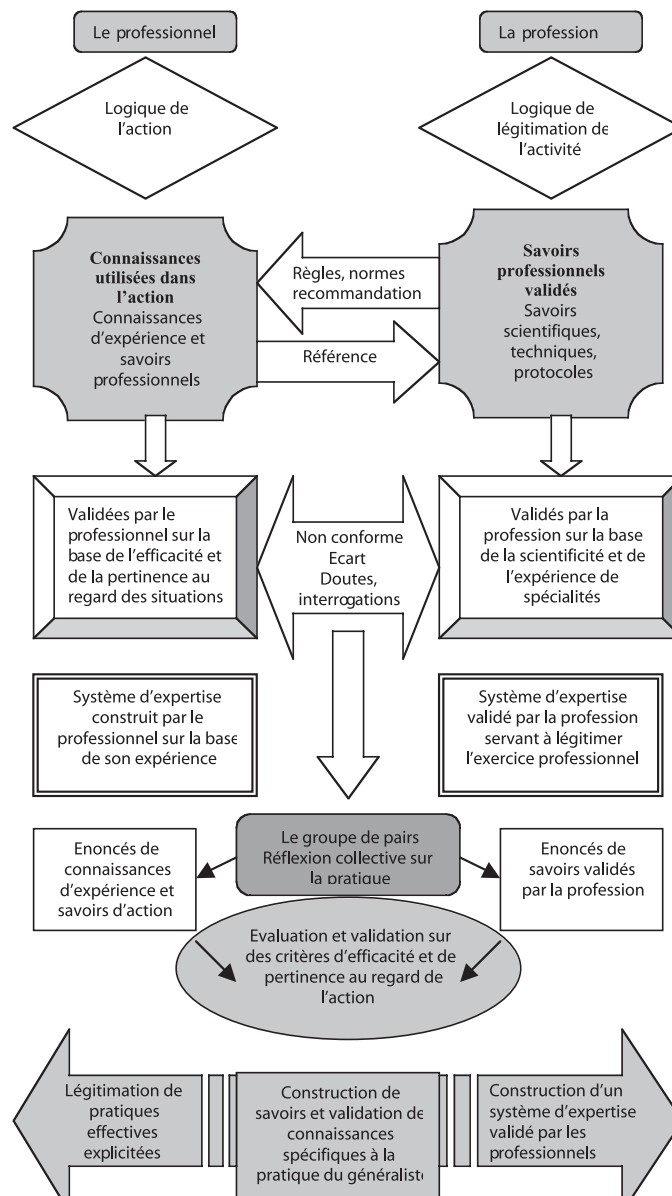
Les résultats montrent que l'analyse de pratiques effectuée dans ce cadre permet la validation collective de connaissances opératoires pour la pratique quel que soit le domaine auquel elles se réfèrent (expérientiel ou scientifique) et favorise l'énonciation de savoirs d'action. Ils mettent également en évidence l'absence d'énoncés de « savoirs professionnels » au regard de la définition construite pour la recherche¹⁷.

Ce constat s'explique en partie par les éléments décrits précédemment : pour les participants, les enjeux de ces réunions sont différents de ceux des

promoteurs sur la production de savoirs spécifiques et la modélisation des pratiques. En ce sens, les résultats de cette recherche sont en adéquation avec ceux produits par le « Groupe savoirs d'action » du CNAM sur les contextes d'énonciation et de production des savoirs : « *Dans tous les cas, les énoncés de savoirs d'action supposent un cadre défini par d'autres acteurs que les sujets supposés pouvoir les formuler. S'il en va ainsi, c'est probablement [...] que l'énonciation est une exigence non de la dynamique pragmatique [...] mais de la dynamique sociale structurant le dispositif* » (Astier P., 2004).

La démarche de conceptualisation des pratiques n'engage pas nécessairement une activité de formalisation des savoirs, les logiques sont distinctes.

La question de valoriser la pratique professionnelle ou l'activité d'analyse de pratique en formalisant des savoirs ne se pose pas dans les groupes de pairs. Ce type de formalisation demande un travail spécifique qui nécessite des étapes de construction conceptuelle outillée. La méthode utilisée ne permet pas ce travail d'élaboration. Ce qui intéresse les praticiens dans ce cadre n'est pas le savoir en soi mais son horizon (Beillerot J., 2002), c'est à dire sa finalité et son efficacité : les enjeux se situent au niveau de l'utilité et de l'opérationnalité des savoirs et des connaissances énoncés. Quels que soient les espaces dans lesquels ils ont été construits, ils ne prennent leur valeur qu'en tant qu'artéfact au service de l'activité et deviennent de nouveaux outils potentiels pour agir. Pris dans



Processus de construction d'un système d'expertise validé en analyse de pratiques¹⁸

la logique de l'action, les participants travaillent à optimiser leur efficacité en construisant un système de référencement pertinent au regard de leur activité autrement dit, un système d'expertise construit sur la base de leur pratique en médecine générale.

Autres fonctions et effets de l'analyse de pratiques

L'analyse des discours produits par les participants sur les traces de l'activité d'analyse de pratiques restituées par la recherche permet de mettre en évidence certaines fonctions et effets identifiés par les participants.

Prise de conscience et mise en objet de l'activité

Le cadre du dispositif permet une confrontation des points de vue sur les situations analysées et sur l'orientation donnée à l'activité. En ce sens, l'analyse devient un instrument d'action interpsychologique et social productrice de dissonances (Y. Clot, 2000), d'accords et de désaccords. Ces dissonances, utilisées comme ressources et non comme jugement évaluatif sur la pratique des pairs, permettent de saisir la dimension générique de l'activité (référence aux codifications partagées dans une communauté de pratique) et d'appréhender des manifestations de style (signature personnelle du médecin garantissant l'efficacité de l'activité, elle s'inscrit selon Y. Clot (1999) dans le registre de « la face cachée du travail »). En cela, l'activité de confrontation des pratiques permet aux participants d'accéder à leur propre fonctionnement et à ceux de leurs pairs. Ce qui intéresse les praticiens, c'est moins le résultat de l'action que le raisonnement mis en œuvre pour y aboutir. (P. Falzon 1989). L'adressage du discours est un déterminant majeur pour la production de sens et l'émergence de conflits cognitifs conçus comme occasion de développement (Y. Clot, 2000). Il permet l'analyse de la situation avec mise à jour des éléments qui la caractérisent et donne ainsi accès à la compréhension de l'activité. Il favorise également l'analyse de l'activité qui permet de saisir les éléments qui font sens pour le sujet (Pastré P., 1999). Cet adressage a pour incidence une mise à distance du sujet par rapport à lui-même et à son objet, et engage une prise de conscience par le retour réflexif sur l'action « conscience avant/conscience après » (Vygotski, 1925).

La prise de conscience peut être également attri-

buée à la mise à jour d'éléments routiniers dans les pratiques jugées efficaces par l'acteur (Y. Clot, 2000). Cette mise à distance et prise de conscience n'est pas sans effet sur l'évolution des pratiques. Ce processus est rendu possible par un travail collectif d'analyse du traitement des cas présentés qui permet :

- l'identification des pratiques effectives,
- la mise à jour des déterminants de l'action (contexte, positionnement professionnel, connaissances mobilisées, démarche diagnostique, affects...),
- le repérage de déviations possibles dues à l'exercice solitaire de l'activité,
- l'autoévaluation des méthodes et des méthodologies utilisées,
- la construction collective et individuelle du sens de l'action,
- le questionnement de certitudes construites sur la base de l'expérimentation et des mécanismes routiniers,
- la résolution de problèmes,
- l'échange d'informations, d'« astuces » ou de connaissances utilisables sans transposition,
- l'évaluation et la validation, sur des critères d'efficacité et de pertinence au regard de l'action, des énoncés de connaissances et de savoirs d'action construits au cours de l'expérience professionnelle et des énoncés de savoirs validés par la profession.

Evolution des pratiques

Sachant que d'une part il est très difficile de faire évoluer les pratiques par des injonctions et des recommandations même si elles sont basées sur des critères légitimés par la science ou par des logiques économiques et que d'autre part, il est compliqué de saisir les fondements qui président à cette évolution tant du point de vue des professionnels que des chercheurs, il a été possible au cours de cette recherche d'identifier l'intégration de connaissances ou de savoirs d'action dans le système de référencement des participants. Cette intégration atteste de la mise en œuvre d'une nouvelle façon d'agir, elle repose sur la validation collective ou individuelle de ces savoirs fondée sur des critères d'efficacité et de pertinence au regard de l'action comme l'atteste le discours de ce médecin : « *Par exemple pour les angines, il y a les directives du ministère et de la CNAM, elles reposent sur des critères économiques et scientifiques, elles visent à faire évoluer le comporte-*

ment des médecins. On en a parlé entre nous, on n'avait pas la même attitude. Moi, j'étais réticent. Mais le fait d'en discuter dans le groupe, que les collègues m'expliquent comment ils s'y prennent et les résultats qu'ils ont, moi je sais que j'ai évolué, ils m'ont convaincu, j'ai considérablement réduit mes prescriptions d'antibiotiques ». Il montre que les praticiens valorisent l'expérience des pairs et créditent leur argumentaire dans la mesure où il est fondé sur l'explicitation de la pratique et sur le jugement d'efficacité.

Effets en terme de construction de la professionnalité

La participation à ces groupes permet :

- le développement d'une attitude réflexive (développement de la capacité à communiquer sur les actes professionnels et de la capacité d'analyse en cours d'action et en rétrospection),
- le renforcement de la personnalité professionnelle (amélioration de la confiance en soi permettant un engagement dans des actions inédites pour l'acteur, d'où un élargissement du champ d'activité),
- l'accroissement du niveau d'expertise (intégration individuelle des connaissances et des savoirs validés par le groupe pour leur potentialité opératoire).

Aux dires des participants, ces effets sur la construction du « soi professionnel » sont liés à divers éléments. Ils estiment que les discussions leur permettent d'accéder à une meilleure connaissance de leurs comportements en mettant en évidence leur positionnement dans la démarche de soin, qu'ils peuvent parfois réviser à cette occasion. Le fait d'explicitier sa pratique, de mettre à jour les déterminants de l'action, de justifier leurs choix et leurs orientations est source de cohérence interne. Ce processus s'inscrit dans le registre de l'autoévaluation nécessaire pour se situer dans une communauté de pratique. La référence aux pairs dans la construction du soi professionnel est indispensable. Le renforcement de ce sentiment d'appartenance n'est pas sans conséquence sur les attitudes professionnelles des médecins. La référence aux pairs influence l'activité, elle fonctionne comme un tiers symbolique et à un effet de régulation dans l'espace de la pratique : « suis-je capable de défendre mon attitude face au groupe ? ». L'autoévaluation porte également sur le niveau de connaissances à mobiliser face au traitement d'une situation. Lors des débats et des échanges

de connaissances les praticiens prennent conscience de leur degré de compétence et de leur niveau de connaissance sur le sujet abordé.

Pour conclure

La démarche d'analyse collective de l'activité du médecin généraliste produit une intelligibilité sur la pratique qui dépasse l'analyse du résultat des actions. Elle va au-delà de l'aspect descriptif du discours sur l'action, et surtout des modes prescriptifs et évaluatifs qui fondent généralement celles de l'analyse du travail ou des formations « classiques » proposées par les organismes de formation continue. Ce processus formatif est producteur d'incidences sur la pratique. Il s'agit donc d'une activité permettant une transformation conjointe des sujets et des pratiques professionnelles.

Ce dispositif d'auto formation collective dans le champ de la pratique médicale illustre « la face cachée de l'iceberg » de l'activité d'analyse de pratique. Nombreux sont les praticiens qui dans des domaines d'activité divers¹⁹ élaborent des méthodologies et des dispositifs en extériorité du champ éducatif au sens strict. Fortement intégrés aux milieux du travail, ils sont empreints du caractère central des rapports sociaux, de la culture professionnelle et des logiques de professionnalisation dans lesquels sont engagés certains secteurs d'activité.

Bibliographie

- ABBOTT 1988 *The System of Professions*, University of Chicago Press
- ASTIER P. Dans J.-M. Barbier, O Galatanu.2004. *Les savoirs d'action : une mise en mot des compétences ?* Paris, L'Harmattan
- BARBIER J.-M. et GALATANU O. (dir. publ.). 2004. *Les savoirs d'action : une mise en mot des compétences ?* Paris, L'Harmattan
- BEILLEROT J. 2002. « Le savoir, une notion nécessaire », dans N. Mosconi, J. Beillerot, C. Blanchard-Laville (Dir. publ.) *Formes et formation du rapport au savoir*, Paris, PUF
- BERNADOU, A.1996. « Savoirs théoriques et savoirs pratiques. L'exemple médical », dans J.-M. Barbier. (dir. publ.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, PUF
- BLIN J.-F. 1997. *Représentation, pratiques et identité professionnelle*, Paris : L'Harmattan
- CARRE P. MOISAN A. POISSON D. 1997. *L'autoformation. Psychopédagogie, ingénierie, sociologie*. Paris, PUF
- CASTORIADIS C. 1975 *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil
- CHARLOT B. 1997. *Du rapport au savoir; éléments pour une théorie*, Poche éducation, Paris, Antropos
- CLOT Y. 2000. « Analyse psychologique du travail et singu-

larité de l'action », dans J.-M. Barbier (dir. publ.). *L'analyse de la singularité de l'action*, séminaire du CRF CNAM. Paris. PUF

DEBRIS S. 2001. « Professionnalisation et analyse des pratiques en service social » dans *Forum, recherche en travail social*. N° 97 pp. 5-48

DEBRIS S. 2002. « Identification et construction des savoirs professionnels par l'analyse des pratiques » dans *Forum, recherche en travail social*. N° 100 pp. 13-20

DEBRIS S. 2004 « L'analyse de pratiques en médecine générale. Enjeux de savoirs et savoirs en jeu » *Education permanente* N° 161

Analyser la « face cachée des pratiques professionnelles » : auto-formation collective chez les travailleurs sociaux et les médecins généralistes, *De l'analyse des pratiques professionnelles en formation, Education-santé- travail social*, Paris, Seli Arslan

FALZON P. 1998. *Ergonomie cognitive du dialogue* Grenoble, PUG

FREIDSON E. 1970. Trad. Fr. 1984. *La profession médicale*. Paris, Payot, coll. Médecine et société

MENDEL G. 1998, *L'acte est une aventure*, Paris La Découverte

PASTRE P. 1999. « La conceptualisation dans l'action, bilan et nouvelles perspectives ». *Education permanente*, N° 139

SCHON D.A. 1994. *le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal. Editions Logiques

SCHON D.A. 1996 « A la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes ». Dans J.-M. Barbier (dir. publ.). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris, PUF, p. 201-222

VERMERSCH, P. 1994. *L'entretien d'explicitation*. Paris, ESF

VYGOTSKI L.S. 1925-1985. *Pensée et langage*. Paris, Editions sociales

WITORSKI R. 2003. « Analyse de pratiques et professionnalisation ». Dans C. Blanchard-Laville, D. Fablet (Dir. publ.). Paris, L'Harmattan, pp.69-89

WITORSKI R. 2004 « les rapports théorie-pratique dans la conduite des dispositifs d'analyse de pratiques ». *Education permanente*. N° 160, pp.61-70

Notes

¹ Titre de l'avant propos de l'ouvrage *Le Praticien réflexif* D.A. Schön, p11.

² Recherche effectuée dans le cadre d'un DEA « Formation des adultes » au CNAM (2002-2004)

³ Grilles d'exposition du cas clinique Groupe de Pairs SFMG complétées au cours des réunions par les participants

⁴ Y. Clot, « analyse psychologique du travail et singularité de l'action », in l'analyse de la singularité de l'action, séminaire du CRF CNAM, Puf, 2000

⁵ C. Castorisis, *l'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil, 1975, p. 103

⁶ « Il faut ajouter à cela que le médecin clinicien travaille avec et contre le temps » A. Bernadou, 1996, p. 33

⁷ J.-F. Blin, (1997), *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, Paris, L'Harmattan

⁸ D.A. Schön, (1996), « A la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'édu-

cation des adultes » in J.-M. Barbier, *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, PUF, pp. 201-222

⁹ M. Detienne, J.-P. Vernant, (1989), *les ruses de l'intelligence. La métis chez les grecs*, Paris, Poche Champ Flammarion, p 44

¹⁰ B. Charlot, *Education permanente*, N° 47, p. 13

¹¹ La Société Française de Médecine Générale, société savante à statut associatif dont les membres sont des médecins généralistes exerçant dans le cadre libéral ou salarié. Reconnue par le conseil de l'ordre, elle recense actuellement près de 500 adhérents. Elle entretient un travail de partenariat avec différentes instances officielles: INSERM (Institut National de Santé Publique), RNSP (Réseau National de Santé Publique), la MIRE (Mission Inter-ministérielle pour la Recherche et l'Expérimentation), la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)

¹² R.N. Braun, épistémologue autrichien exerçant la médecine générale dans les années 50, qui à partir de sa propre pratique a construit une théorie professionnelle : la reproductibilité des fréquences de répartition des cas cliniques en quatre classes d'états morbides identifiés, le symptôme, le syndrome, les tableaux de maladie et le diagnostic certifié

¹³ Il ne s'agit pas de situations choisies et porteuses a priori de sens pour les sujets comme c'est le cas dans certaines méthodologies proposées en analyse de pratiques, le traitement des situations analysées est donc moins marqué de charges affectives et de résonances identitaires

¹⁴ « énoncés relatifs à la génération de séquences actionnelles construites et considérées comme efficaces par leurs auteurs-énonciateurs eux-mêmes. » p.

¹⁵ Ce « savoir d'action » a été analysé en référence à la grille construite dans l'ouvrage cité

¹⁶ La représentation fonctionnelle est constituée des liens que le praticien effectue entre l'*arena* (la situation en soi) et le *setting* (la signification que le praticien accorde à la situation) qui fondent son engagement dans l'action. (R. Wittorski, 2004)

¹⁷ Définition du savoir professionnel : Enoncé propositionnel, exprimé sous forme de jugement porté en terme d'efficacité, de pertinence, de cohérence sur des connaissances construites au cours de l'activité professionnelle, ces dernières ayant fait l'objet d'une configuration et d'une validation par leurs auteurs-énonciateurs à partir de la mise en relation des représentations de règles professionnelles stabilisées avec des représentations de la singularité des situations et des actes professionnels

Cet énoncé revêt un caractère de généralisation et prend la configuration de règles, de normes, de recommandations et de conduites à tenir pour une et/ou des classes de situation

Il est validé par un groupe professionnel dans un contexte et à une époque donnés, il dépend de ce fait de la rhétorique et de la stratégie de professionnalisation du groupe

¹⁸ Schéma construit sur la base des résultats de la recherche novembre 2004 (S. Debris)

¹⁹ A l'occasion de recherches précédentes (voir publications revue Forum) dans le champ du travail social portant sur un dispositif similaire nous avons eu connaissance d'autres types de dispositif conçus par des enseignants, des psychologues du travail, des orthophonistes, des psychomotriciens, des psychiatres, des directeurs d'établissement, des bibliothécaires...