

# LA DÉMARCHE CLINIQUE EN PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL, EN PSYCHOSOCIOLOGIE ET SOCIOLOGIE CLINIQUE DU TRAVAIL

**Jacques Rhéaume**

*in* Yves Clot et Dominique Lhuilier *Agir en clinique du travail*

ères | *Clinique du travail*

**2010**  
**pages 169 à 183**

Article disponible en ligne à l'adresse:

-----  
<http://www.cairn.info/agir-en-clinique-du-travail---page-169.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Rhéaume Jacques , « La démarche clinique en psychodynamique du travail, en psychosociologie et sociologie clinique du travail » , *in* Yves Clot et Dominique Lhuilier *Agir en clinique du travail* ères « Clinique du travail », 2010 p. 169-183.  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour ères.

© ères. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# La démarche clinique en psychodynamique du travail, en psychosociologie et sociologie clinique du travail

*Jacques Rhéaume*

Le terme « approche clinique » doit être compris ici dans un sens métaphorique, empruntant à la notion de clinique cette idée de la proximité et de l'implication auprès des personnes (*klinè*, c'est être auprès du lit, pour aider une personne souffrante). Par analogie, une clinique du social et en particulier du travail, c'est intervenir avec les gens, les groupes sociaux au travail dans le souci d'être utile, tout en utilisant des savoirs éprouvés (Enriquez et coll., 1993).

L'activité de travail désigne l'ensemble des actes posés, l'agir existentiel d'un sujet vivant humain, réalisés avec d'autres dans un contexte organisé et institué pour modifier ou transformer un objet matériel ou symbolique, pour produire une œuvre utile et bien faite. Le sujet humain se réalise par l'activité, et le travail en est une forme centrale, entre production et création. Mais il est aussi, en situation d'activité un acteur social qui intervient dans l'organisation du travail et son institution.

Le travail, comme activité de base, se fait le plus souvent avec d'autres reliés à un objet à transformer par diverses média-

tions ou technologies. L'organisation du travail repose sur deux processus complémentaires définissant toute activité collective : la division du travail, des tâches, et la division du pouvoir, des rôles et des fonctions. Mais cette organisation du travail s'inscrit dans un cadre institutionnel socio-économique plus large qui en conditionne les intrants et les extrants. Et ce contexte sociétal connaît aujourd'hui des transformations importantes qui influencent fortement la gestion des organisations et du travail, dominé qu'il peut être par l'idéologie hégémonique du néoproduktivisme. Intervenir dans une situation de travail, c'est rencontrer des travailleurs autour d'activités aménagées et instituées dans un contexte marqué souvent par des réorganisations de type néoproduktivistes.

Nous nous appuyons, dans cet exposé, sur plusieurs recherches interventions que nous avons réalisées au Québec depuis une quinzaine d'années, en particulier dans le cadre de l'Institut de psychodynamique du travail au Québec (IPDTQ), et d'autres, en tant que chercheur dans un centre de santé et services sociaux (CSSS). Nous avons participé, comme premier chercheur ou cochercheur, à dix recherches fondées principalement sur la psychodynamique du travail. Les milieux étudiés sont : une usine de produits aéronautiques, une usine de matériaux de construction, une station de télévision privée, un centre local de santé communautaire, trois centrales syndicales, une administration municipale, un centre hospitalier de soins de longue durée et un établissement de détention à sécurité maximale. Nous avons réalisé aussi, nous définissant alors comme sociologue ou psychosociologue clinicien, quatre études, à titre de chercheur ou de cochercheur, portant sur le travail professionnel d'infirmières, de travailleurs sociaux, de médecins et autres professions connexes, en établissement de santé ou à domicile. Enfin, en tant que directeur du centre de recherche et de formation depuis neuf ans au CSSS de la Montagne, à Montréal, avec une équipe d'une vingtaine

de chercheurs, nous avons développé une approche fortement inspirée de la sociologie clinique. Nous sommes, à ce titre, confrontés à une multiplicité de méthodes de recherche, des plus classiques aux plus cliniques, tentant de jeter les ponts entre ces diverses approches autour d'un projet clinique. En effet, les recherches menées sont fortement impliquées dans la production de connaissances au cœur des pratiques sociales d'intervention auprès d'une population de quartiers de grande diversité culturelle liée à l'immigration.

L'approche clinique en sciences sociales et humaines est une façon de faire autrement de la recherche sociale. Le schéma de base comprend une phase d'entrée incluant des intervenants chercheurs mis en lien avec des porteurs d'une demande de recherche et d'intervention, l'analyse de la demande et l'établissement d'un contrat et d'un protocole d'intervention. Suit une phase qualifiée de diagnostic, impliquant une analyse des situations qui font problèmes jusqu'à la formulation d'hypothèses explicatives. Cette phase peut être suivie de l'élaboration, par les mêmes intervenants ou d'autres, d'un plan d'action et d'une stratégie d'intervention destinés à apporter les solutions appropriées, compte tenu des sources de problèmes identifiées. Une dernière phase, évaluative, permettrait d'apprécier les résultats obtenus en lien avec la situation de départ. Nous nous limitons à présenter les composantes générales du processus, sans développer les différences épistémologiques importantes distinguant la psychodynamique du travail de la psychosociologie ou de la sociologie clinique.

### **Une recherche et une intervention entre des partenaires**

Une recherche clinique découle d'une commande portée par des représentants d'un collectif demandeur. La *demande sociale* derrière cette commande de recherche repose le plus souvent

sur un questionnement plus radical des pratiques mises en cause dans la commande. Dans l'univers du travail, cette demande sociale résulte de plus en plus d'un niveau de souffrance au travail excessif, qui appelle à l'analyse et au changement. Ce fut le cas des recherches que nous avons menées. La demande prend la forme d'une plainte, de difficultés ressenties à pouvoir travailler *avec plaisir*, de façon structurante. Chacune de ces recherches présente des particularités, mais toutes ont nécessité plusieurs rencontres préalables de négociation entre les diverses parties représentées.

Notons que la position du chercheur n'échappe pas au questionnement soulevé. Il reçoit une commande, mais il poursuit des intérêts propres liés à son statut de chercheur universitaire, au sein de l'Université ou d'organismes similaires. Il est porteur aussi d'une certaine approche qu'il valorise, en tant que sociologue, psychodynamicien du travail ou psychosociologue. C'est là aussi une posture de *demande* sociale du chercheur dans son institution et son travail de chercheur.

La commande des recherches en psychodynamique du travail vient de représentants de syndicat, des ressources humaines, ou, plus directement, de représentants de travailleurs (un seul cas). Il est prévu une phase de clarification de la demande et de présentation, à tous les employés ou travailleurs concernés, de la démarche de recherche, appelant une participation volontaire à des groupes ou collectifs d'enquête, avec les garanties habituelles de confidentialité. Il est le plus souvent prévu également la constitution d'un groupe aviseur<sup>1</sup> comprenant des représentants de la direction et du syndicat ainsi que de

---

1. Le mot aviseur, que l'on emploie au Québec comme nom ou adjectif, n'est pas usité ailleurs dans la francophonie. Il s'agit d'un calque de l'anglais *adviser* (ou *advisor*). En tant qu'adjectif, aviseur se rencontre essentiellement dans l'expression comité aviseur, calque de l'anglais *advisory committee*, où il a le sens de « consultatif ».

l'équipe de recherche. Cette dernière est formée de trois chercheurs au moins, appartenant à un groupe multidisciplinaire, l'Institut de psychodynamique du travail au Québec (IPDTQ).

Dans les recherches de psychosociologie ou de sociologie clinique réalisées dans le cadre du CSSS de la Montagne, les commandes proviennent directement de gestionnaires ou résultent de sondages effectués auprès des professionnels du centre de santé. Il y a aussi constitution d'un groupe aviseur ou de pilotage impliquant chercheurs, gestionnaires ou représentants du milieu visé. Notons aussi que, dans tous les cas, ces recherches ont fait l'objet de demandes de subventions dans le cadre de concours d'organismes gouvernementaux, provincial ou fédéral. Des protocoles élaborés, l'examen par des jurys indépendants, diverses contraintes font ainsi partie de la démarche.

Le travail autour de la demande n'est jamais une simple réponse à une commande ou à une offre ; c'est un processus de négociation autour d'objectifs complémentaires culminant dans la formulation d'une entente, d'un contrat. Certaines dispositions sont alors précisées : la confidentialité ; l'anonymat des individus, voire de l'établissement ; l'appropriation, par les travailleurs participants et les chercheurs, des résultats de la recherche, dont le rapport de recherche ; le temps des rencontres sur les lieux de travail et dans les horaires appropriés ; la liberté académique dans la diffusion des résultats de recherche ; le financement des libérations requises pour les travailleurs ; les dépenses de fonctionnement, le salaire d'agents de recherche. Et c'est à ce moment également que sont précisées les orientations cliniques. Très souvent, la commande s'inscrit dans un schéma pragmatique de résolution de problème et d'attentes d'expertise quant aux voies de solutions à apporter. L'offre d'une recherche clinique limitée à une démarche de compréhension collective de la situation, comme on la retrouve en psychodynamique du travail, surprend et nécessite un changement de cadre de référence.

Dans les cas évoqués, nous étions tous dans la position de chercheurs universitaires. Cela favorisait au départ une certaine indépendance, comme peut le permettre, et dans ces limites, le statut universitaire de salariés publics. Ces recherches font partie de leurs activités normales d'universitaires, impliquant la diffusion de résultats et l'avancée de connaissances. Mais dans le cadre plus général d'une recherche clinique, inséparable d'un contexte d'action, les chercheurs sont porteurs d'un souci d'aide à la compréhension et à l'action. La posture est alors celle d'une implication critique, d'une aide effective mais fondée en tant que telle sur une écoute et une distance réflexives.

### **Un dispositif relationnel d'échange de savoirs comme source de changement**

Une approche clinique du travail se distingue d'une approche plus classique de type expérimental ou d'expertise, comme on peut le retrouver dans maintes démarches de consultants, de recherche en psychologie sociale classique ou d'enquêtes : elle repose sur un travail de co-analyse entre chercheurs et travailleurs participants. Elle se dissocie partiellement d'une stricte démarche rationnelle de résolution de problème, centrée sur la pragmatique technique de problème à résoudre. L'univers épistémologique de référence de l'approche clinique est plutôt celui d'une herméneutique critique, c'est-à-dire une approche où le souci de compréhension du sens et des significations des situations vécues est premier, impliquant toutefois une analyse des rapports sociaux de pouvoir et la prise en compte des dimensions affective et existentielle de l'expérience des sujets et des acteurs sociaux impliqués. Souci clinique aussi, le travail d'une connaissance partagée est condition de changement : il est déjà action par l'analyse.

Cela n'exclut pas d'autres formes d'action ultérieures, et le travail clinique n'exclut pas non plus l'apport de données prove-

nant de méthodes de mesure, d'analyse de documents, d'observations systématiques. Dans une démarche clinique, ces apports sont complémentaires à la réflexion clinique.

### **Le groupe ou le collectif restreint, un dispositif clinique de base**

La recherche intervention clinique repose de façon privilégiée sur la relation vivante établie entre intervenants chercheurs et interlocuteurs participants, travailleurs et répondants. Il y a des différences de statuts et de rôles ; mais au départ, il y a un rapport de partenaire où chacun est défini et perçu comme sujet et acteur social.

Les rencontres interpersonnelles en dyades ne sont pas exclues, ni les présentations et les discussions en assemblées plus larges, ni d'autres moments de recherche impliquant d'autres techniques ou méthodes. Mais le cœur du dispositif clinique le plus habituel, dans les recherches menées, est le groupe restreint ou le collectif de recherche ou d'enquête. Il y a plusieurs contextes de groupe. Pour prendre l'exemple de la psychodynamique du travail, il y a les rencontres préliminaires entre demandeurs, représentants des travailleurs et chercheurs, au moment de l'entrée. Il y a surtout les rencontres de recherche comme telles avec les *collectifs d'enquête* formés de travailleurs volontaires en groupe pouvant varier de sept à quinze personnes. C'est là que se produit le moment clinique principal dans la démarche, moment d'expression du vécu de travail, d'analyses et d'interprétations partagées entre chercheurs et travailleurs participants. Et il y a aussi les rencontres de groupe entre chercheurs. Mais quel est le statut du groupe ou du collectif dans cette démarche ?

En psychodynamique du travail et dans les recherches du CSSS, le groupe, au sens psychosociologique du terme, cette réunion de personnes autour d'une tâche et d'objectifs com-



muns, est un contexte de travail et non un objet de travail. Ce n'est pas une recherche sur la dynamique du groupe, mais sur l'analyse de situations de travail rapportées en groupe. Ce groupe est par ailleurs un lieu médiateur par excellence : il réunit des personnes qui partagent un même métier ou des métiers connexes et un même univers de travail. Il constitue en quelque sorte une réplique du collectif de travail, malgré son statut *artificiel* de collectif d'enquête. En effet, les groupes sont constitués pour des fins de recherche ; ils sont composés de personnes volontaires et animés par les chercheurs. Leur durée de vie est brève et temporaire. Les phénomènes de groupes, s'ils ne sont pas au centre de l'analyse, y contribuent cependant fortement : vont se reproduire et se transformer en partie les phénomènes de pouvoir, d'influence, d'affinités et de rejet, qui dépassent les interactions immédiates des gens et évoquent plutôt les relations de travail dans l'entreprise ou l'organisation formelle. Et cela inclut le rapport des chercheurs analystes ou animateurs dans leurs liens actuels ou imaginés avec le milieu de travail. Les effets de *transferts et contre-transferts* groupaux constituent un matériau important d'analyse dans l'intervention clinique, même si la centration se porte sur la production de la connaissance sur le travail et même s'il ne s'agit pas de relation thérapeutique. Les rapports affectifs, les relations de pouvoir et les interactions sur la tâche, la production des connaissances sur la situation sont interreliés, tout comme l'irruption de facteurs irrationnels et inconscients. C'est précisément tout cela qui permet la richesse, et en même temps constitue la grande complexité d'une analyse clinique. Le travail sur les relations en groupe est ainsi partie essentielle de l'approche clinique et condition même des effets de changement souhaités dans la recherche intervention. Rappelons ici la distance forte qui sépare ce genre de dispositif et le groupe très instrumentalisé dans des approches de réorganisation du travail et de gestion, comme les groupes de qualité.

À cet égard, et reprenant en partie les contributions de l'analyse institutionnelle, il convient de relever un enjeu majeur dans la recherche clinique : la prise de parole et l'échange des savoirs. C'est ce qui permet de distinguer, dans des formats ou des dispositifs d'apparences similaires, la posture du clinicien et celle de l'expert ou de l'autorité dominante. Le rapport entre la théorie et la pratique, au cœur de l'approche clinique, repose sur un échange de savoirs spécifiques et différenciés entre les différents acteurs impliqués. Ces savoirs ont leur légitimité propre, irréductibles l'un à l'autre, et sont, à ce titre, de valeur équivalente, appelant une épistémologie pluraliste plutôt que celle, hiérarchique, qui domine actuellement l'institution des savoirs. Sont ainsi mis en rapport : un savoir scientifique et académique, porté par les chercheurs principalement ; un savoir pratique et professionnel, incarné surtout par les travailleurs spécialisés ; un savoir d'expérience et de sens commun qui se retrouve aussi bien chez les chercheurs et les autres intervenants, ce qui permet d'établir le langage commun de dialogue. Trois types de savoirs institués, trois types de discours qui s'entremêlent et se confrontent dans les moments de rencontres en groupe. Trois types de savoirs dont les frontières sont fluides et qui s'interpénètrent ; le savoir scientifique est accessible aux professionnels et aux non-spécialistes. L'expertise professionnelle peut aussi être partagée.

Mais les rapports ordonnés et hiérarchisés des savoirs se produisent également au cœur de l'Académie, prise comme institution large de référence. Et une approche clinique multidisciplinaire : psychologique, sociologique, anthropologique, va aussi exiger un échange de savoirs. Ce que nous disions des rapports entre diverses formes de savoirs s'applique aux rapports intra-académiques et scientifiques. Par exemple, en psychodynamique du travail, il se produit tout un travail interne et intense dans l'équipe interdisciplinaire des chercheurs. L'équipe au Québec comprend deux sociologues, deux psychologues, une

psychanalyste, un médecin du travail, trois ergothérapeutes, un ergonomiste, une spécialiste en sciences infirmières ; ces personnes appartiennent à quatre universités différentes dans trois villes du Québec. Les échanges se font à des moments stratégiques : à l'entrée, dans la phase d'analyse de la demande ; lors de la pré-enquête qui inclut des visites de sites et des études de documents ; et surtout, dans la phase d'analyse des propos recueillis lors des collectifs d'enquête, en particulier à la suite des deux premières entrevues centrées sur l'expression des travailleurs, et dans la préparation du rapport. L'animation partagée en plusieurs binômes accentue le nécessaire brassage des idées et points de vue. Ce mode de fonctionnement par rencontre entre chercheurs est bien connu de la psychosociologie clinique. Il suit d'assez près notamment, le dispositif de l'intervention sociopsychanalytique de Gérard Mendel. Dans les recherches menées au centre de santé, la multidisciplinarité est de mise (médecins, sociologues, anthropologues, infirmières, travailleurs sociaux, gestionnaires, psychologues...) dans le comité de pilotage qui se réunit régulièrement dans des moments similaires : entrée, enquête, analyse, rapport.

Et c'est aussi dans cette différenciation des savoirs que se situent en partie les différentes appellations de psychosociologie, sociologie clinique, psychodynamique du travail ; nous pourrions y ajouter la clinique de l'activité ou celle de l'ergonomie sociale. En effet, ces approches peuvent se reconnaître dans la démarche clinique que nous venons d'esquisser. Mais les points de vue et les visions épistémologiques se confrontent.

La psychosociologie exprime d'abord le souci interdisciplinaire d'étudier les rapports individus et société, sans privilégier au départ le thème du travail. Historiquement, elle s'est beaucoup intéressée au changement d'attitudes, aux représentations sociales, au groupe restreint, à l'organisation, dans des démarches variées de recherche-action. La sociologie clinique

est issue en partie de la psychosociologie, mettant en évidence l'importance d'une compréhension sociologique dans l'étude des interactions humaines en groupe ou dans les organisations, ou simplement dans la vie quotidienne. L'univers du travail est un des domaines qu'elle touche. La psychodynamique du travail, comme la clinique de l'activité ou l'ergonomie, ont pour objet le travail sous ses diverses formes. Mais l'étude de toute situation concrète implique à des degrés divers l'apport de connaissances psychologiques, sociologiques, psychosociologiques. L'ergonomie y ajoute des dimensions matérielles et biologiques, mentales et cognitives. La médecine du travail ajoute, avec la psychologie, la composante santé, physique et psychique. C'est pourquoi, quand il s'agit de parler de clinique, nous nous référons à une approche et à une posture qui traversent tout un ensemble de disciplines et de domaines.

### **Le moment clinique par excellence**

Le travail entre chercheurs et la confrontation des différents savoirs disciplinaires sont certes des moments importants d'une démarche clinique : ils demeurent partiels et incomplets, par rapport au travail réflexif réalisé dans les groupes ou les collectifs d'enquête, entre les travailleurs participants, et entre les chercheurs et les travailleurs. Car la connaissance plus spécialisée et contextualisée sur le travail prescrit, et surtout sur le travail réel vécu en situation, provient principalement des discours produits par des travailleurs. L'expression de leur savoir professionnel apprend aux chercheurs toute la complexité de la situation organisationnelle du travail telle qu'elle est éprouvée et vécue. En psychodynamique du travail, il se produit alors un échange incessant de connaissances : au début, par le questionnement des chercheurs et les réponses des travailleurs, lors des deux premières rencontres de groupe ; puis, grâce aux analyses offertes par les chercheurs et discutées avec tous, au

moment d'une troisième rencontre ; pour aboutir à la fin, autour du rapport écrit, à une version partagée d'une compréhension commune de la situation de travail. Dans les recherches au centre de santé, il y a aussi un processus d'échanges, mais plus limités dans le temps et consistant en deux ou trois moments de rencontres : à l'entrée, dans un rapport d'étape, en fin de parcours. La démarche est moins clinique, à cet égard. Dans tous les cas, le partage dans la production des savoirs n'est sans doute pas égalitaire : le chercheur influence et a l'avantage souvent de la maîtrise du langage et certainement de l'écrit ; le travailleur spécialisé influence aussi, avec le groupe, et donne une version voulue de l'expérience rapportée. Le dialogue demeure partiel, mais il se produit, et il est la base du résultat clinique obtenu.

En psychodynamique du travail, le cadre de référence que l'on peut qualifier d'heuristique, constitué de quelques principes généraux sur la situation vécue de travail, facilite la traduction nécessaire des expertises disciplinaires de l'un à l'autre, du savoir aussi des chercheurs et de celui des travailleurs. Ainsi, le contexte général des recherches est celui des rapports entre l'organisation du travail et la santé mentale ou psychologique. Le travail et l'organisation du travail sont examinés comme sources de plaisir ou de souffrance au travail, et l'analyse des stratégies défensives, individuelles et collectives, de métier, déployées pour contrer la souffrance au travail, fait l'objet d'une attention particulière. C'est en effet là que peut être décelé l'excès des pressions exercées sur les personnes, pouvant porter atteinte à leur santé. À partir de ces quelques repères, toutes les sources de connaissance sont conviées, dont la part de la psychologie ou de la sociologie du travail et de l'organisation. La construction d'un tel cadre conceptuel heuristique favorise l'apport de connaissances provenant de plusieurs sources et pouvant mieux correspondre à la situation singulière à comprendre.

## Une éthique émancipatoire

L'approche clinique implique un cadre éthique et déontologique dans lequel sont définies les limites et les règles de la participation des différents acteurs : le volontariat, la liberté d'expression, la confidentialité des propos échangés entre les individus ou dans les groupes de rencontre. Au-delà de ces règles déontologiques classiques, une approche clinique du social introduit deux autres règles. Une première est en continuité avec la posture éthique fondamentale correspondant à l'ouverture démocratique qui permet l'échange des savoirs sur des bases pluralistes, plus égalitaires et complémentaires : tous peuvent s'exprimer et participer aux diverses phases de la recherche. Une seconde règle en découle, que l'on peut qualifier de visée émancipatrice : la recherche favorise l'expression d'une parole qui se traduit en action susceptible de réduire les inégalités sociales. Cela se fait à deux niveaux. Il y a d'abord la façon même de produire la connaissance dans l'approche clinique, qui remet constamment en cause l'institution hiérarchique du savoir. Mais il y a aussi une visée plus large : miser sur les effets de conscientisation, des savoirs partagés entre chercheurs, professionnels et participants, pour poursuivre dans l'action une participation et une réappropriation plus grandes du pouvoir d'acteur social (*empowerment*).

Ces quelques principes entraînent une exigence de co-responsabilité : reconnaître, entre les acteurs impliqués, les contributions respectives dans l'interprétation, l'analyse et la diffusion des résultats de recherche ou d'intervention. Suivant les cas, et dans la mesure où s'affirme une véritable coproduction des savoirs, il faut prévoir des formes partagées de diffusion et de publication, suivant des modalités variables.

En psychodynamique du travail, une telle visée émancipatoire est très présente. La production du rapport, rédigé il est vrai, dans les recherches évoquées, par les chercheurs, est

validée dans le détail (lecture collective attentive et temps de débats) par les participants, et le rapport leur est remis au premier chef. Ce sont eux qui décident avec les chercheurs du contenu final, de l'ampleur de sa diffusion : ce rapport leur appartient. Dans les dix cas, il fut aussi remis aux parties représentées du comité aviseur. Il fut informellement plus largement répandu, en particulier par les syndicats, et *traduit* sous diverses formes. Les chercheurs vont aussi produire sous d'autres formes les résultats obtenus, dans divers contextes académiques ou professionnels. Mais c'est surtout l'effort conjoint dans la production du rapport et sa validation qui est à souligner. Il crée son propre effet clinique d'appropriation et de réappropriation d'un plus grand savoir et d'un plus grand pouvoir sur sa situation. Ce travail de coproduction du rapport est moins bien développé dans les recherches menées au centre de santé, les chercheurs portant davantage la rédaction du rapport, même si celui-ci est présenté et discuté avec les principaux intéressés avant diffusion. Cela est aussi dû en partie à une démarche de recherche dans laquelle le commanditaire gouvernemental pose des exigences plus contraignantes de diffusion de la recherche.

\*  
\*   \*

Il convient de parler d'une approche clinique des sciences sociales et humaines du travail, en précisant au besoin certaines disciplines privilégiées pour éviter la confusion que peut revêtir la seule notion d'une clinique sans référents disciplinaires explicites, et pour préciser qu'il s'agit bien d'une façon toute particulière de faire de la recherche, inséparable alors de l'intervention. Les pratiques cliniques de la psychosociologie des organisations et du travail, de la sociologie clinique de l'organisation et du travail, la psychodynamique du travail, et aussi la clinique de l'acti-

tivité ou l'ergonomie sociale peuvent ainsi se rencontrer dans une approche comparable de réponse à une demande sociale, de partenariat, d'analyse et d'interprétation partagée dans la rencontre clinique. Elles présentent par contre des lectures différenciées des situations et des accents méthodologiques différents, dus à la composition multidisciplinaire et méthodologique spécifique que chacune des approches privilégie. Entre l'observation minutieuse des pratiques effectives et le discours des acteurs, entre l'appel à des mesures quantitatives et le récit vécu des situations de travail, entre l'analyse plus structurale de l'organisation, des institutions sociales et économiques et l'activité concrète du travail, les points de divergences sont nombreux. Les points de ralliement semblent pourtant l'emporter : la relation d'implication des chercheurs, l'importance accordée aux perceptions et aux discours des travailleurs comme sujets et acteurs de leur situation de travail, la rencontre de partage des analyses, le souci de l'action et du changement, la sensibilité critique et émancipatrice.