

*Nature d'intervention, nature de savoir*

François Hubault<sup>1</sup>

---

Résumé

Penser l'intervention en termes cliniques, c'est inscrire les disciplines qu'elle concerne dans un autre espace épistémologique que celui des sciences appliquées. Le régime de l'évaluation y est très différent, et la méthodologie s'inscrit dans une démarche où la construction de la « présence » est essentielle, et donc aussi l'engagement de la subjectivité de l'intervenant et celle de ses interlocuteurs. Ce faisant, l'intervention entretient un rapport à la connaissance qui oblige à repenser le rapport entre chercheur et consultant.

---

Parmi les ressources qu'elle mobilise, l'intervention fait une place très particulière aux ressorts biographiques de l'intervenant, sa subjectivité. De fait, chacun de nous a fait sienne la formule de Yves Schwartz : intervenir c'est, inévitablement, se mêler à et de la vie des autres. Aussi ne puis-je imaginer me lancer dans cet exercice de décryptage de la nature de l'intervention, sans évoquer la chance que j'ai eue que certains « passeurs » interviennent dans ma vie et, de fait, se mêlent à/de moi. C'est une chance, en effet, de pouvoir admirer et de se sentir élevé par la confiance et l'exigence de qui vous ouvre à un "déjà là" qui donne toute sa mesure à l'ambition, sinon folle, de se mêler du monde. Pour moi, cette chance fut de reconnaître en Pierre Cazamian un maître. Le mien.

Les "leçons", on s'en doute, furent nombreuses. Mais à la base, domine une posture de fond, idéologique et morale : l'écho d'un refus, le refus du "c'est comme ça", du "on y peut rien". Non, ce n'est pas *forcément* comme ça ; il est *possible* de faire *quelque chose* ; on peut *agir*, le dernier mot n'est pas dit comme le répète souvent Clot ; le réel du monde (l'entreprise, les organisations productives, les situations de travail, les moyens de travail, les postes le monde,...) contient les conditions de sa *transformation*.

Pour l'ergonome que je suis devenu, cette posture procède de trois "raisons" différentes :

- d'abord, elle relève d'une *croissance*, d'une conviction issue d'une connaissance : l'inaliénabilité fondamentale du travail (Hubault, 2001, p.19), l'activité témoignant à travers les « compromis opératoires » de la résistance du travail à tout formalisme ;

---

<sup>1</sup> Directeur du Master Organisation du travail et ergonomie, Université Paris1 Panthéon-Sorbonne ; membre fondateur et associé du laboratoire d'intervention et de recherche ATEMIS

- ensuite, elle exprime une *intelligence* : une « manière de voir » (Maggi, 1996), de comprendre le travail qui libère des perspectives d'action possible ;
- enfin, elle postule une *capacité* d'agir : une « manière de faire » sur laquelle elle prétend faire fond pour objecter efficacement au "c'est comme ça".

Au final, cette posture combine deux faces :

- elle est épistémologique : *l'actuel n'est pas tout le réel*, le réel ne se réduit pas au réalisé (Granger, 1995 ; Hubault, 2003)
- elle relève aussi d'un *optimisme méthodologique* (Girin, 1990 ; Hubault, 2001) : intervenir, c'est parier sur les failles, jouer dans les crises.

Reste que tout "ça" a pris sur un terreau, une thèse d'économie sur le travail... qui ouvre une piste qui sera "ma voie" : sur la frontière où les valeurs humaines de l'action se transforment en valeurs économiques de production, *comment ça se passe ?* Avec cette interrogation supplémentaire : si le développement économique ne peut pas s'établir longtemps sur un mode qui épuise la ressource qu'il mobilise, et si « ce qui est invivable est impossible » comme aime à dire Yves Schwartz, le travail réel doit donc se réaliser autrement qu'il n'y paraît, et dans cette obscurité-là, logent *et le problème et le levier...*

### *1. Intervention : l'expérience d'un certain rapport au monde*

- Intervenir, c'est expérimenter un certain rapport au monde, c'est-à-dire un certain rapport au "réel". Plusieurs postures sont donc possibles. J'en vois trois principales :
  - Posture 1 : la posture experte, fondée sur la perspective de produire un résultat ;
  - Posture 2 : la posture clinique -ou clinicienne-, qui vise un effet ;
  - Posture 3 : la posture politique qui ambitionne de réaliser une valeur.

On relèvera la communauté *naturelle* d'attitude, dans la posture 1, entre l'expert et l'ingénieur, la notion de résultat signifiant ici la réalisation d'une production définie d'avance, au terme du déploiement d'une action dans un espace clos de possibles. Dans la posture 2, la notion d'effet signifiant ici la production d'une ressource ouvrant à d'autres possibles, une communauté d'attitude existe aussi, entre le clinicien et le manager ; certes, elle reste pour l'heure moins "naturelle" qu'entre l'ingénieur et l'expert, mais c'est sur elle que se joue pourtant la singularisation du manager et, pour tout dire, la *professionnalisation* du management.

Ces deux modes affrontent une question commune : comment *raisonner* avec la posture 3 ? L'enjeu, en effet, concerne la manière dont les postures 1 ou 2, qui ont donc chacune statut plus instrumental ou tactique, *servent* une posture 3 plus fondamentale et stratégique.

Ainsi, s'agissant de la posture clinique qui est mon choix, se posent par exemple les questions suivantes :

- si l'ergonome clinicien stipule que *travailler, c'est dépasser l'extériorité et l'insuffisance de la règle*, peut-il imaginer que cela ne l'obligera pas à se caler sur la finalité du travail, pour les personnes comme pour la société ?

- de même, un management clinicien ne peut imaginer mobiliser la "ressource humaine" sans rencontrer la question politique du sens du travail, pour les personnes et pour l'entreprise.

• A la différence de l'intervention experte, l'intervention clinique a besoin d'*agir pour savoir* :

- dans l'intervention clinique, il est en effet moins question de "*problèmes à résoudre*" que d'"*expériences à prendre en charge*" ; c'est en cela que la clinique relève d'une épistémologie différente de celle des sciences *appliquées* ;

- les *objets* de l'intervention -activité, situation, faits psychiques, santé, efficacité ... - ne sont pas des *observables* : la compétence de l'intervenant, chercheur ou consultant, c'est d'abord une compétence d'*objectivation* des dimensions qui permettent d'*agir*. L'objectivité est donc au sens de Girin (1990, p.176) : être fidèle aux faits, c'est d'abord rendre compte de « l'histoire qui nous intéresse » à travers eux ;

- l'intervention clinique ne permet pas de valider des *hypothèses*, au sens strict, mais de légitimer des « manières de voir » en raison des « manières de faire » (Maggi, 1996) qu'elles permettent, et donc des *effets* qu'elles produisent. L'intervention s'évalue à l'aune de ce qu'elle parvient à élargir dans l'ordre de l'espace politique des choix qui s'offrent aux acteurs dans l'entreprise. La validation procède donc d'un *accord -à construire- sur ce que signifie l'expérience* de l'intervention.

• Aussi le *dispositif d'évaluation* constitue-t-il l'élément stratégique de l'intervention.

L'évaluation clinique est nécessairement contradictoire. Pour le dire comme Cazamian (1993), la réunion des utilités individuelles et des utilités sociales est l'affaire d'une conception non plus globaliste mais « contradictoire » de l'organisation. Faire la lumière sur ce qui génère la valeur comme les dysfonctionnements, comprendre "ce qui résiste", là où ça résiste, en quoi ce qui arrive aux choses parle des hommes, de ce qui leur arrive à eux, tout cela appelle de comprendre le travail,

- comme un point de vue *opposable* à d'autres dans les « dispositifs de controverse » (Berry, 1987) qui peuvent s'instituer dans les organisations ouvertes ;

- comme lieu et activité d'intégration-arbitrage des contradictions dont il est lui-même et le siège et la "solution" (le travail hétéronome, est aussi un dépassement de l'hétéronomie : travailler c'est « faire quelque chose de l'hétéronomie » -le singulier est une synthèse...-).

Et, de fait, c'est là l'enjeu du « dispositif à trois pôles » développé par Schwartz (1996 ; 2000) ; c'est aussi l'ambition que soutient la notion d'*ergonomie contradictoire* (Cazamian, 1993), en prenant appui particulièrement sur deux considérations essentielles :

- *l'homme n'est pas intégrable*, on ne peut pas le "prendre en compte" ; *il est opposable, confrontable* ; il instruit par sa présence même un espace forcément politique dans lequel s'arbitre un pouvoir dont il revient à l'ergonomie de reconnaître les formes pratiques dans le travail. C'est là le sens de l'écart Tâche-Activité dans l'intervention ;

- il n'y a pas d'*interaction* Homme-Machine (a fortiori, pas de dialogue, ni de convivialité,...) mais *antagonisme* : entre l'homme et la machine il y a discontinuité, comblée par le travail, précisément. Le travail n'est pas chose, mais accès aux choses, *inter faces*.

- Intervenir, c'est donc concevoir une dynamique où l'efficacité des systèmes et la liberté des hommes entrent en tension. Si, donc, « travailler c'est affronter et dépasser l'extériorité et l'insuffisance de la règle », l'unité à objectiver concerne l'articulation entre :
  - la manière dont l'opérativité *règle* la confrontation de l'Homme et du Monde ;
  - la manière dont l'activité *règle* la confrontation entre la visée positiviste du "prescripteur" (ce que Mendel (1998) appelle le « préacte ») et l'intelligence concrète de l'"opérateur" (l'« acte » de Mendel)
  - la manière dont dans l'activité enfin, *se règlent* les conflits de valeurs qui soutiennent ces logiques.
- Le résumé de cette conception clinique de l'intervention tient ainsi dans l'idée qu'*intervenir, c'est manipuler ...* en considérant bien toute l'acception possible de ces termes : le savoir ne précède pas l'action, il en procède, de sorte que c'est en transformant le monde qu'il nous est accessible ; mais aussi bien faut-il rappeler que l'objectivité dépend de l'intention, c'est-à-dire de « l'histoire qui nous intéresse », la finalité poursuivie à travers la transformation, ce qui institue ceux qui la vivent comme *experts* opposables dans l'évaluation ...

## 2. Le statut de la présence

- Dans la conception clinique de l'intervention, l'engagement est une nécessité *méthodologique*. Si l'engagement n'est évidemment pas l'apanage des démarches cliniciennes, il est cependant pour celles-ci une nécessité de méthode.

L'engagement, c'est *ce qui est requis en caution d'une action qui ne contient pas par elle-même la garantie de son résultat*. Il faut s'engager *parce que* l'action ne se soutient pas d'elle-même, parce qu'elle n'offre pas par elle-même toutes les garanties de sa promesse, de sorte que la confiance exige quelque chose *en plus, en gage*. Et ce qu'on laisse en gage, c'est soi-même.

On est en gage et en cela engagé. La pratique clinique repose sur *un certain réglage* de la distance entre l'"objet" visé et l'intervenant, distance où se dimensionne précisément l'engagement de la subjectivité de l'intervenant, de sorte que rien ne peut se faire sans qu'il y soit *pour quelque chose...*

- L'intervention repose ainsi sur *un certain régime de la présence*. Particulièrement, la présence d'esprit : dans l'intervention, il ne s'agit pas tant de prélever des données qui seront traitées après et ailleurs, mais de prendre le risque d'une interaction située, et donc faire une expérience personnelle du *métier*.

- Intervenir, c'est "être là", c'est-à-dire *où et quand ça se passe* pour rendre possible qu'*autre chose* se passe. Dans cette *présence*, s'instaurent un certain rapport à l'espace -le *territoire*-, un certain rapport au temps -le *quotidien*-, et un certain rapport à soi -la *subjectivité*- .
- L'engagement de la subjectivité signifie qu'intervenir demande toujours d'agir *à partir de* soi, c'est à dire aussi, donc, *d'en sortir* : mettre en résonance la scène sociale et la scène

intérieure. Centrale est alors la question de savoir comment empêcher que l'intention pèse trop dans le résultat<sup>2</sup> ? Mais comment faire le deuil de la tentation de toute puissance, de la maîtrise ou du contrôle -le piège du "pilotage", dans les projets... - des processus qu'on engage (i.e. dans lesquels on s'engage et qui nous engagent) ?

- De fait, ce deuil là n'est pas facile. Il ne s'agit pas de retrait, ni de recul. Il relève plutôt d'une posture "à la Gandhi". Elle demande de l'autorité plutôt que du pouvoir, et cela procède d'un crédit plus que du contrat. C'est pourquoi, en retour, cette confiance appelle un engagement ; mais c'est aussi pourquoi il en coûte souvent beaucoup pour la tenir, et que le découragement, parfois, guette (Aletcheredji et Heddad, 2006) ...

- L'efficacité de la posture clinique c'est de produire de la ressource. Il s'agit moins de faire la *preuve* de ce qui existe, que de faire *effet* sur ce qui existe et par là le donner à voir. L'écoute crée la parole, c'est là ce qui règle la "bonne posture" : *être au milieu sans être au centre* et rejoindre le "client" -une organisation, des opérateurs, un projet...- *là où il en est*. Je trouve très parlante la métaphore du « ravitaillement en vol » : il ne s'agit pas de faire à la place, de prendre les commandes ni de prétendre décider des routes à suivre, mais de *rejoindre* le client *dans son histoire* et de *lui offrir la ressource de la poursuivre* (continuer, s'orienter autrement, changer d'altitude ou de vitesse, améliorer le confort du trajet, percevoir d'autres possibilités,...).

- L'intervention opère donc une mise en résonance active, dynamique, entre trois plans : le rapport du projet au réel, le rapport du client au réel (les formes de pensée, le psychisme du client ne sont hors contexte : "ça" parle de quelque chose : le réel du travail pour lui), et le rapport de l'intervenant à ces rapports (son propre rapport au psychique, à l'économique, au social : entre mise à distance pour cause d'incompréhension et illusion de tout savoir d'avance).

- On conçoit dès lors que *le contexte est un toujours un prétexte* : un pré texte, c'est dire un "déjà là" qu'il faut savoir rejoindre, mais aussi un prétexte au sens d'une opportunité, d'un levier, d'un appui pour aller ailleurs, mais enfin, encore, au sens d'un défi, d'une provocation à agir.

### **3. Intervention clinique : peut-on distinguer entre consultant et chercheur ?**

- Comme je l'ai déjà indiqué, dans l'acception clinique que je défends, intervenir c'est agir sans (tout) savoir d'avance. C'est donc *chercher*... Pour autant, cela ne signifie pas nécessairement *faire de la recherche*... : l'intervention n'est pas une activité scientifique par elle-même.

---

<sup>2</sup> « La situation clinique met dans un rapport immédiat (...) l'observateur et l'observé. Il faut entendre par "rapport immédiat" une relation non totalement conceptualisée (...) un couple dont les deux partenaires jouent des rôles alternés. Il ne peut s'agir alors d'une situation de connaissance spéculative, et pas même, originairement, d'une situation de connaissance appliquée (...) Le problème épistémologique capital, c'est d'expliquer comment cette situation peut se développer dans un registre d'authentique connaissance, sans dégénérer en une technique brute d'objectivation mécanique, ni en une pratique incantatoire » (Granger, 1967, pp. 187-188).

Mais à l'inverse, dans nos "matières", peut-on faire de la recherche sans passer par la *manipulation* de ce qu'on cherche à connaître ? L'épistémologie clinique postule évidemment la production de savoir *par* la transformation (connaître en manipulant, et pas seulement connaître pour manipuler, ni même manipuler pour connaître) : quand elle travaille sur de l'hétérogène (du "non réglé d'avance"), l'action précède le savoir.

- Cette assertion fait moins consensus qu'il pourrait y paraître, car l'accord sur la nécessité de *passer par le terrain* est souvent superficiel et fictif... Qu'entend-on en effet par « field studies » ? De fait, il y a des cas et des cas : soit un cas est la *description* des opérations et des jeux d'acteurs qui aboutissent à un résultat déterminé, soit il propose un système d'*explication* ... C'est la même question que pose de savoir ce que l'on entend par « processus » : le terme peut être pris dans son sens *concret* - suite continue d'opérations qui aboutissent à un résultat déterminé (c'est le sens que lui donne le *reengineering* : l'assemblage des formes)-, ou dans son sens *analytique* - système d'intelligibilité (au sens où les économistes parlent du procès de travail)- . Ou encore pour l'« activité » : c'est au sens concret qu'on peut parler d'observation de l'activité, car son sens analytique désigne des compromis opératoires qui ne sont pas observables ...
- Dès lors cette thèse : si on ne peut pas vraiment parler d'effacer toute différence entre le consultant et le chercheur, du moins faut-il viser l'extinction du genre particulier qui institue cette distinction dans l'organisation actuelle des savoirs et des pratiques d'intervention. Et dans l'organisation des métiers, et la formation qui y prépare.

Soulignons ici que cet enjeu est au principe du projet éditorial de la revue électronique créée en 2004, « @ctivites »<sup>3</sup>.

- Quel est alors l'enjeu, et sur quoi repose la différence entre consultant et chercheur ?
  - C'est, d'abord, affaire de *connaissance*.

La connaissance que vise à produire le *chercheur* à partir/dans l'intervention, est une connaissance qui doit créer du mouvement, ouvrir à de nouveaux développements, relier à d'autres questionnements.

La connaissance que vise à produire le *consultant* à partir/dans l'intervention doit plutôt arrêter des formes stabilisées, reproductibles, généralisables (enjeu d'investissement procédural, économie d'échelle, capitalisation et création de ressource immatérielle).

- C'est, ensuite, affaire de *système d'acteurs*.

La différence précédente est redoublée souvent par la tension entre ce qui "guide" le chercheur et le consultant dans leurs rapports aux institutions professionnelles dont ils dépendent...

Il y a par ailleurs une différence qui tient dans la demande du client, qui n'est généralement pas la même envers le consultant ou le chercheur, en ce sens qu'il *s'adresse autrement* au consultant et au chercheur ;

- C'est, enfin, affaire de *place*.

---

<sup>3</sup> <http://www.activites.org>

Les positions occupées par chacun dans l'intervention comptent : si on admet qu'il est nécessaire de *faire pour savoir*, la *place* de chacun *agit* dans le processus même de production de connaissance...

- Des différences existent donc. Pour autant, je considère essentiel de remettre en perspective leur valeur et leur nécessité ... et donc avec elles, le sens de la tension entre chercheur et consultant..., à partir des assertions qui, en ergonomie clinique du moins, doit les tenir dans un même rapport au monde :
  - *le travail est indisciplinable* : changer le travail, améliorer les conditions de travail, a fortiori la condition du travail, cela ne peut pas relever de la force d'une seule discipline ;
  - *le singulier est une synthèse* : l'activité humaine dépasse dialectiquement dans l'action la discontinuité épistémologique des dimensions qu'elle engage. Ainsi l'unité s'objective dans l'individu, qu'il soit une personne (c'est la visée de la clinique psychologique), une activité (c'est la visée de la clinique ergonomique), une entreprise (c'est la visée de la clinique gestionnaire). Et il s'objective toujours, contradictoirement ;
  - "passer par le terrain", ça oblige forcément à *sortir le métier de la discipline* : c'est l'enjeu épistémologique de la multidisciplinarité ; c'est l'enjeu politique de la combinaison multi acteurs dans l'intervention ; c'est l'enjeu opérationnel de dispositifs d'évaluation contradictoires ; de ce point de vue, notons que les pointillés disciplinaires se retrouvent dans les pointillés fonctionnels des organisations, des marchés : l'ensemble fait système ;
  - pour autant, enfin, il est en cause de savoir-pouvoir *tenir toute la discipline*, toutes les figures du métier, tant il est vrai que sortir de la discipline suppose qu'elle existe ; *il n'y a pas de multidisciplinarité sans disciplines*, et le "débordement" n'est légitime qu'à la condition de la maîtrise du domaine supposé insuffisant.

#### ***4. Penser autrement le contenu et le mode d'établissement du savoir produit par l'intervention***

- La professionnalisation de l'intervention -faire de l'intervention un métier-, passe par l'approfondissement de la tension entre la visée de transformation (enjeu de pertinence) et la visée de connaissance (enjeu de vérité). Envisagée sous cet angle, il est clair que l'ergonomie manque encore d'une *théorie de l'intervention* pour instruire la résonance entre une théorie de l'activité comme mode de création de valeur économique et subjective, et la recherche d'une théorie de la transformation sociale *par* l'action ergonomique. Cette architecture reste à construire.
- La clinique ne signifie pas un développement à l'écart des sciences mères ou sœurs, mais de pour prendre appui sur elles afin de prendre en charge ce qu'elles ne permettent pas de saisir - pour l'ergonomie : l'activité de travail-, puis de faire retour vers elles des questions adressables à partir du point de vue où elles se sont trouvées en difficulté ou en contradiction.



- En conséquence, il faut s'attendre à ce que la production de connaissances de l'intervention clinique concerne des singularités plutôt que des invariants : plus exactement, la production clinique concerne la manière et la raison des singularités de se répéter. Entre la visée de ce qui est commun, qui interdit de comprendre la singularité, et la visée de ce qui est unique, qui interdit d'en apprendre rien, la clinique est l'ambition d'une voie épistémique originale, fondée sur ce que Granger (1967) appelle « la dialectique du cas, (c'est-à-dire) la saisie complexe et contradictoire du singulier et du symptomatique ».
- La responsabilité de la clinique est de rendre intelligible plutôt que de valider et de généraliser. Sa difficulté particulière, la mienne en tout cas, c'est qu'il faut alors mettre en mots ce qui a d'abord pris sens dans une expérience vécue : la mise en mot, ce faisant, n'est pas synonyme de « formalisation », mais plutôt de « mise en récits » (voir ici Moisdon).
- Avant d'être une méthode, la clinique est une démarche : elle demande de se « déplacer », physiquement et mentalement : aller sur le terrain, c'est aussi aller sur *le terrain de l'autre* (se mêler à la vie des autres, et de la vie des autres). Et ce terrain s'ouvre toujours à travers une situation marquée par une crise du sens.
- Le sens n'est pas *dans* l'histoire, ni même dans son récit, mais dans sa *reprise*. Le sens de l'intervention pour l'ergonome ne peut donc pas être confondu avec celui qu'elle a pour les intéressés. Ainsi, il n'y a jamais de *validation intrinsèque* de l'intervention -cela vaut donc pour l'ergonomie-. On retrouve ici, pour conclure, l'enjeu d'une démarche contradictoire : en clinique, la *réalité* n'est connue que par et pour la transformation, qui elle-même suppose des connaissances pour instruire le point de vue qui la guide.

### **Bibliographie**

Aletcheredji T. et Heddad N. (coord.), 2006, *A quoi sert l'ergonomie ?*, en hommage à Monique Noulin, Editions Octarès

Berry M., 1987 : "Le chercheur et le praticien", in *L'aide de l'ergonomie à la conception, la décision, la négociation en matière d'organisation dans l'entreprise*, Revue des Conditions de Travail, n°30, pp. 3-11

Cazamian P., 1993 : "Critique de la raison ergonomique", Performances, n°62, pp. 43-49

Cazamian P., Hubault F., Noulin M., 1996, *Traité d'ergonomie*, nouvelle édition remaniée, Éditions Octarès

Girin J., 1990 : « L'analyse empirique des situations de gestion : éléments de théorie et de méthode », in (s/d) Martinet A.C., *Épistémologies et sciences de gestion*, Éditions Economica, pp.141-182

Granger G.G., 1967, *Pensée formelle et science de l'homme*, Editions Aubier Montaigne

Granger G.G., 1995, *Le probable, le possible et le virtuel*, Éditions Odile Jacob



Hubault F., 2001, « Faire de l'ergonomie une pensée », in Hubault F. (coord.), *Comprendre que travailler c'est penser, un enjeu industriel de l'intervention ergonomique*, Actes du séminaire Paris1, 22-26 mai 2000, Éditions Octarès, pp.11-31

Maggi B., 1996, « La régulation du processus d'action de travail », in Cazamian P., Hubault F., Noulin M., *Traité d'ergonomie*, Éditions Octarès, pp.637-662

Mendel G., 1998 : *L'acte est une aventure ; du sujet métaphysique au sujet de l'actepouvoir*, Éditions La découverte

Schwartz Y., 1996 : « Ergonomie, philosophie et extraterritorialité », in (s/d) Daniellou F. *L'ergonomie en quête de ses principes, débats épistémologiques*, Éditions Octarès, pp. 141-182

Schwartz Y., 2000, *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*, Éditions Octarès, 2000