

Agir en clinique du travail

DU MÊME AUTEUR :

Yves Clot

Travail et pouvoir d'agir, PUF, 2008.

La fonction psychologique du travail, PUF, 1999.

Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie, La Découverte, 1998 (rééd. 2008).

Dominique Lhuillier

Prévenir le risque nosocomial. La balade infectieuse
(avec T. Niyongabo, D. Rolland), L'Harmattan, 2005.

Placardisés. Des exclus dans l'entreprise, Le Seuil, 2002.

Le choc carcéral. Survivre en prison (avec A. Lemiszewska),
Bayard, 2001.

Des déchets et des hommes (avec Yann Cochin),
Desclée de Brouwer, 1999.

L'univers pénitentiaire. Du côté des surveillants de prison
(avec N. Aymard), Desclée de Brouwer, 1997.

Les policiers au quotidien, L'Harmattan, 1987 (rééd. 2002).

DU MÊME AUTEUR :

Yves Clot

Travail et pouvoir d'agir, PUF, 2008.

La fonction psychologique du travail, PUF, 1999.

Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie, La Découverte, 1998 (rééd. 2008).

Dominique Lhuillier

Prévenir le risque nosocomial. La balade infectieuse
(avec T. Niyongabo, D. Rolland), L'Harmattan, 2005.

Placardisés. Des exclus dans l'entreprise, Le Seuil, 2002.

Le choc carcéral. Survivre en prison (avec A. Lemiszewska),
Bayard, 2001.

Des déchets et des hommes (avec Yann Cochin),
Desclée de Brouwer, 1999.

L'univers pénitentiaire. Du côté des surveillants de prison
(avec N. Aymard), Desclée de Brouwer, 1997.

Les policiers au quotidien, L'Harmattan, 1987 (rééd. 2002).

DU MÊME AUTEUR :

Yves Clot

Travail et pouvoir d'agir, PUF, 2008.

La fonction psychologique du travail, PUF, 1999.

Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie, La Découverte, 1998 (rééd. 2008).

Dominique Lhuillier

Prévenir le risque nosocomial. La balade infectieuse
(avec T. Niyongabo, D. Rolland), L'Harmattan, 2005.

Placardisés. Des exclus dans l'entreprise, Le Seuil, 2002.

Le choc carcéral. Survivre en prison (avec A. Lemiszewska),
Bayard, 2001.

Des déchets et des hommes (avec Yann Cochin),
Desclée de Brouwer, 1999.

L'univers pénitentiaire. Du côté des surveillants de prison
(avec N. Aymard), Desclée de Brouwer, 1997.

Les policiers au quotidien, L'Harmattan, 1987 (rééd. 2002).

DU MÊME AUTEUR :

Yves Clot

Travail et pouvoir d'agir, PUF, 2008.

La fonction psychologique du travail, PUF, 1999.

Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie, La Découverte, 1998 (rééd. 2008).

Dominique Lhuillier

Prévenir le risque nosocomial. La balade infectieuse
(avec T. Niyongabo, D. Rolland), L'Harmattan, 2005.

Placardisés. Des exclus dans l'entreprise, Le Seuil, 2002.

Le choc carcéral. Survivre en prison (avec A. Lemiszewska),
Bayard, 2001.

Des déchets et des hommes (avec Yann Cochin),
Desclée de Brouwer, 1999.

L'univers pénitentiaire. Du côté des surveillants de prison
(avec N. Aymard), Desclée de Brouwer, 1997.

Les policiers au quotidien, L'Harmattan, 1987 (rééd. 2002).

Sous la direction de
Yves Clot
Dominique Lhuilier

Agir en clinique du travail

Clinique du travail

 érès

Extrait de la publication

Sous la direction de
Yves Clot
Dominique Lhuilier

Agir en clinique du travail

Clinique du travail



Extrait de la publication

Sous la direction de
Yves Clot
Dominique Lhuilier

Agir en clinique du travail

Clinique du travail

The logo for Éditions érès features a stylized lowercase 'é' with a vertical line through it, followed by the lowercase letters 'rès'. The word 'éditions' is written vertically in a smaller font along the right side of the 'é'.

Extrait de la publication

Sous la direction de
Yves Clot
Dominique Lhuilier

Agir en clinique du travail

Clinique du travail



Extrait de la publication

Cet ouvrage a été élaboré à la suite du colloque sur la clinique du travail organisé par la chaire de psychologie du travail du CNAM en mai 2008.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012

CF - ISBN PDF : 978-2-7492-2456-5

Première édition © Éditions érès 2010

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Extrait de la publication

Cet ouvrage a été élaboré à la suite du colloque sur la clinique du travail organisé par la chaire de psychologie du travail du CNAM en mai 2008.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012

CF - ISBN PDF : 978-2-7492-2456-5

Première édition © Éditions érès 2010

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Extrait de la publication

Cet ouvrage a été élaboré à la suite du colloque sur la clinique du travail organisé par la chaire de psychologie du travail du CNAM en mai 2008.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012

CF - ISBN PDF : 978-2-7492-2456-5

Première édition © Éditions érès 2010

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Extrait de la publication

Cet ouvrage a été élaboré à la suite du colloque sur la clinique du travail organisé par la chaire de psychologie du travail du CNAM en mai 2008.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012

CF - ISBN PDF : 978-2-7492-2456-5

Première édition © Éditions érès 2010

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Extrait de la publication

Table des matières

INTRODUCTION	
<i>Yves Clot, Dominique Lhuilier</i>	7
I. Actions de transformation et production de connaissances	
Pourquoi l'activité dans la clinique du travail ?	
<i>Yves Clot</i>	13
Quelles connaissances pour l'action en clinique du travail ?	
Une contribution à la question des rapports entre les actions de transformation et la production de connaissances en clinique du travail	
<i>Katia Kostulski</i>	27
Violences éducatives et souffrance dans le travail ; produire des connaissances et/ou produire du changement ?	
<i>Jean-Pierre Minary</i>	39
Sociologie clinique du travail et subjectivation	
<i>Pierre Roche</i>	51
L'écriture entre transformation et connaissance	
<i>Damien Cru</i>	67

Table des matières

INTRODUCTION	
<i>Yves Clot, Dominique Lhuilier</i>	7
I. Actions de transformation et production de connaissances	
Pourquoi l'activité dans la clinique du travail ?	
<i>Yves Clot</i>	13
Quelles connaissances pour l'action en clinique du travail ?	
Une contribution à la question des rapports entre les actions de transformation et la production de connaissances en clinique du travail	
<i>Katia Kostulski</i>	27
Violences éducatives et souffrance dans le travail ; produire des connaissances et/ou produire du changement ?	
<i>Jean-Pierre Minary</i>	39
Sociologie clinique du travail et subjectivation	
<i>Pierre Roche</i>	51
L'écriture entre transformation et connaissance	
<i>Damien Cru</i>	67

Table des matières

INTRODUCTION	
<i>Yves Clot, Dominique Lhuilier</i>	7
I. Actions de transformation et production de connaissances	
Pourquoi l'activité dans la clinique du travail ?	
<i>Yves Clot</i>	13
Quelles connaissances pour l'action en clinique du travail ?	
Une contribution à la question des rapports entre les actions de transformation et la production de connaissances en clinique du travail	
<i>Katia Kostulski</i>	27
Violences éducatives et souffrance dans le travail ; produire des connaissances et/ou produire du changement ?	
<i>Jean-Pierre Minary</i>	39
Sociologie clinique du travail et subjectivation	
<i>Pierre Roche</i>	51
L'écriture entre transformation et connaissance	
<i>Damien Cru</i>	67

Table des matières

INTRODUCTION	
<i>Yves Clot, Dominique Lhuilier</i>	7
I. Actions de transformation et production de connaissances	
Pourquoi l'activité dans la clinique du travail ?	
<i>Yves Clot</i>	13
Quelles connaissances pour l'action en clinique du travail ?	
Une contribution à la question des rapports entre les actions de transformation et la production de connaissances en clinique du travail	
<i>Katia Kostulski</i>	27
Violences éducatives et souffrance dans le travail ; produire des connaissances et/ou produire du changement ?	
<i>Jean-Pierre Minary</i>	39
Sociologie clinique du travail et subjectivation	
<i>Pierre Roche</i>	51
L'écriture entre transformation et connaissance	
<i>Damien Cru</i>	67

« Qu'est-ce qui m'arrive au travail ? »	
Actualité de la recherche-action clinique	
<i>Marie-Anne Dujarier</i>	83
L'inattendu de l'intervention : un moyen de connaissance	
<i>Malika Litim</i>	95
L'ignorance du clinicien	
<i>Bernard Prot</i>	107

II. Clinique du travail et organisation du travail

De l'organisation à la prescription : plasticité, apprentissage et expérience	
<i>Pascal Béguin</i>	127
À vide de sens...	
<i>Fabienne Hanique</i>	141
L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport ?	
Logique de gestion ou logique de <i>care</i>	
<i>Pascale Molinier</i>	157
La démarche clinique en psychodynamique du travail, en psychosociologie et sociologie clinique du travail	
<i>Jacques Rhéaume</i>	169
Une pensée de l'action avec la nature et le vivant : la Mètis et Jean-Pierre Vernant	
<i>Michèle Salmona</i>	185

III. Travail, collectif, métier

Développement de la clinique du travail	
<i>Dominique Lhuillier</i>	205

« Qu'est-ce qui m'arrive au travail ? »	
Actualité de la recherche-action clinique	
<i>Marie-Anne Dujarier</i>	83
L'inattendu de l'intervention : un moyen de connaissance	
<i>Malika Litim</i>	95
L'ignorance du clinicien	
<i>Bernard Prot</i>	107

II. Clinique du travail et organisation du travail

De l'organisation à la prescription : plasticité, apprentissage et expérience	
<i>Pascal Béguin</i>	127
À vide de sens...	
<i>Fabienne Hanique</i>	141
L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport ?	
Logique de gestion ou logique de <i>care</i>	
<i>Pascale Molinier</i>	157
La démarche clinique en psychodynamique du travail, en psychosociologie et sociologie clinique du travail	
<i>Jacques Rhéaume</i>	169
Une pensée de l'action avec la nature et le vivant : la Mètis et Jean-Pierre Vernant	
<i>Michèle Salmona</i>	185

III. Travail, collectif, métier

Développement de la clinique du travail	
<i>Dominique Lhuillier</i>	205

« Qu'est-ce qui m'arrive au travail ? »	
Actualité de la recherche-action clinique	
<i>Marie-Anne Dujarier</i>	83
L'inattendu de l'intervention : un moyen de connaissance	
<i>Malika Litim</i>	95
L'ignorance du clinicien	
<i>Bernard Prot</i>	107

II. Clinique du travail et organisation du travail

De l'organisation à la prescription : plasticité, apprentissage et expérience	
<i>Pascal Béguin</i>	127
À vide de sens...	
<i>Fabienne Hanique</i>	141
L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport ?	
Logique de gestion ou logique de <i>care</i>	
<i>Pascale Molinier</i>	157
La démarche clinique en psychodynamique du travail, en psychosociologie et sociologie clinique du travail	
<i>Jacques Rhéaume</i>	169
Une pensée de l'action avec la nature et le vivant : la Mètis et Jean-Pierre Vernant	
<i>Michèle Salmona</i>	185

III. Travail, collectif, métier

Développement de la clinique du travail	
<i>Dominique Lhuillier</i>	205

« Qu'est-ce qui m'arrive au travail ? »	
Actualité de la recherche-action clinique	
<i>Marie-Anne Dujarier</i>	83
L'inattendu de l'intervention : un moyen de connaissance	
<i>Malika Litim</i>	95
L'ignorance du clinicien	
<i>Bernard Prot</i>	107

II. Clinique du travail et organisation du travail

De l'organisation à la prescription : plasticité, apprentissage et expérience	
<i>Pascal Béguin</i>	127
À vide de sens...	
<i>Fabienne Hanique</i>	141
L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport ?	
Logique de gestion ou logique de <i>care</i>	
<i>Pascale Molinier</i>	157
La démarche clinique en psychodynamique du travail, en psychosociologie et sociologie clinique du travail	
<i>Jacques Rhéaume</i>	169
Une pensée de l'action avec la nature et le vivant : la Mètis et Jean-Pierre Vernant	
<i>Michèle Salmona</i>	185

III. Travail, collectif, métier

Développement de la clinique du travail	
<i>Dominique Lhuillier</i>	205

Analyse du travail et revitalisation du collectif <i>Maryse Bournel-Bosson</i>	225
Équipes pluridisciplinaires, groupalité et conflits d'appartenance <i>Emmanuel Diet</i>	237
L'usage de soi pour les autres <i>Cécile Briec</i>	251
La reconnaissance, un impensé organisationnel <i>Florence Osty</i>	265
Le collectif dans le geste professionnel : un cadre d'analyse pour une clinique du travail <i>Jean-Luc Tomás</i>	279
Acte de travail et psychosocialité <i>Claire Rueff-Escoubès</i>	295
BIBLIOGRAPHIE	307
PRÉSENTATION DES AUTEURS	327

Analyse du travail et revitalisation du collectif <i>Maryse Bournel-Bosson</i>	225
Équipes pluridisciplinaires, groupalité et conflits d'appartenance <i>Emmanuel Diet</i>	237
L'usage de soi pour les autres <i>Cécile Briec</i>	251
La reconnaissance, un impensé organisationnel <i>Florence Osty</i>	265
Le collectif dans le geste professionnel : un cadre d'analyse pour une clinique du travail <i>Jean-Luc Tomás</i>	279
Acte de travail et psychosocialité <i>Claire Rueff-Escoubès</i>	295
BIBLIOGRAPHIE	307
PRÉSENTATION DES AUTEURS	327

Analyse du travail et revitalisation du collectif <i>Maryse Bournel-Bosson</i>	225
Équipes pluridisciplinaires, groupalité et conflits d'appartenance <i>Emmanuel Diet</i>	237
L'usage de soi pour les autres <i>Cécile Briec</i>	251
La reconnaissance, un impensé organisationnel <i>Florence Osty</i>	265
Le collectif dans le geste professionnel : un cadre d'analyse pour une clinique du travail <i>Jean-Luc Tomás</i>	279
Acte de travail et psychosocialité <i>Claire Rueff-Escoubès</i>	295
BIBLIOGRAPHIE	307
PRÉSENTATION DES AUTEURS	327

Analyse du travail et revitalisation du collectif <i>Maryse Bournel-Bosson</i>	225
Équipes pluridisciplinaires, groupalité et conflits d'appartenance <i>Emmanuel Diet</i>	237
L'usage de soi pour les autres <i>Cécile Briec</i>	251
La reconnaissance, un impensé organisationnel <i>Florence Osty</i>	265
Le collectif dans le geste professionnel : un cadre d'analyse pour une clinique du travail <i>Jean-Luc Tomás</i>	279
Acte de travail et psychosocialité <i>Claire Rueff-Escoubès</i>	295
BIBLIOGRAPHIE	307
PRÉSENTATION DES AUTEURS	327

Introduction

Yves Clot, Dominique Lhuillier

Le projet de cet ouvrage est de réunir les différentes orientations qui composent la clinique du travail pour en poursuivre le développement.

Poursuivre parce que son histoire a commencé bien avant, sans doute dans la psychopathologie du travail et les travaux de ses fondateurs, dans ceux aussi de la psychothérapie institutionnelle, ou encore dans l'ergonomie francophone et la psychologie du travail depuis la transformation de son paradigme, du travail défini par ses conditions à l'analyse du travail comme processus.

Poursuivre parce que des occasions de rencontres, de débats, d'échanges conceptuels et méthodologiques ont marqué cette histoire en construction. Elle reste pourtant toujours exposée aux risques de la segmentation disciplinaire et professionnelle, de la division du travail entre théoriciens et praticiens, aux risques du dogme qui confond vérité et certitude, ou à ceux de l'invalidation-disqualification souvent plus alimentés par d'autres enjeux que d'authentiques disputes scientifiques.

La clinique du travail n'est pas une école, une théorie, mais elle pourrait être, si on prend soin de son développement, une ressource et un instrument pour l'action en milieu de travail.

Action dont les enjeux sont à la mesure des transformations du travail, y compris du traitement social de cette question

Introduction

Yves Clot, Dominique Lhuillier

Le projet de cet ouvrage est de réunir les différentes orientations qui composent la clinique du travail pour en poursuivre le développement.

Poursuivre parce que son histoire a commencé bien avant, sans doute dans la psychopathologie du travail et les travaux de ses fondateurs, dans ceux aussi de la psychothérapie institutionnelle, ou encore dans l'ergonomie francophone et la psychologie du travail depuis la transformation de son paradigme, du travail défini par ses conditions à l'analyse du travail comme processus.

Poursuivre parce que des occasions de rencontres, de débats, d'échanges conceptuels et méthodologiques ont marqué cette histoire en construction. Elle reste pourtant toujours exposée aux risques de la segmentation disciplinaire et professionnelle, de la division du travail entre théoriciens et praticiens, aux risques du dogme qui confond vérité et certitude, ou à ceux de l'invalidation-disqualification souvent plus alimentés par d'autres enjeux que d'authentiques disputes scientifiques.

La clinique du travail n'est pas une école, une théorie, mais elle pourrait être, si on prend soin de son développement, une ressource et un instrument pour l'action en milieu de travail.

Action dont les enjeux sont à la mesure des transformations du travail, y compris du traitement social de cette question

Introduction

Yves Clot, Dominique Lhuillier

Le projet de cet ouvrage est de réunir les différentes orientations qui composent la clinique du travail pour en poursuivre le développement.

Poursuivre parce que son histoire a commencé bien avant, sans doute dans la psychopathologie du travail et les travaux de ses fondateurs, dans ceux aussi de la psychothérapie institutionnelle, ou encore dans l'ergonomie francophone et la psychologie du travail depuis la transformation de son paradigme, du travail défini par ses conditions à l'analyse du travail comme processus.

Poursuivre parce que des occasions de rencontres, de débats, d'échanges conceptuels et méthodologiques ont marqué cette histoire en construction. Elle reste pourtant toujours exposée aux risques de la segmentation disciplinaire et professionnelle, de la division du travail entre théoriciens et praticiens, aux risques du dogme qui confond vérité et certitude, ou à ceux de l'invalidation-disqualification souvent plus alimentés par d'autres enjeux que d'authentiques disputes scientifiques.

La clinique du travail n'est pas une école, une théorie, mais elle pourrait être, si on prend soin de son développement, une ressource et un instrument pour l'action en milieu de travail.

Action dont les enjeux sont à la mesure des transformations du travail, y compris du traitement social de cette question

Introduction

Yves Clot, Dominique Lhuillier

Le projet de cet ouvrage est de réunir les différentes orientations qui composent la clinique du travail pour en poursuivre le développement.

Poursuivre parce que son histoire a commencé bien avant, sans doute dans la psychopathologie du travail et les travaux de ses fondateurs, dans ceux aussi de la psychothérapie institutionnelle, ou encore dans l'ergonomie francophone et la psychologie du travail depuis la transformation de son paradigme, du travail défini par ses conditions à l'analyse du travail comme processus.

Poursuivre parce que des occasions de rencontres, de débats, d'échanges conceptuels et méthodologiques ont marqué cette histoire en construction. Elle reste pourtant toujours exposée aux risques de la segmentation disciplinaire et professionnelle, de la division du travail entre théoriciens et praticiens, aux risques du dogme qui confond vérité et certitude, ou à ceux de l'invalidation-disqualification souvent plus alimentés par d'autres enjeux que d'authentiques disputes scientifiques.

La clinique du travail n'est pas une école, une théorie, mais elle pourrait être, si on prend soin de son développement, une ressource et un instrument pour l'action en milieu de travail.

Action dont les enjeux sont à la mesure des transformations du travail, y compris du traitement social de cette question

devenue objet à la fois de préoccupations croissantes et de dénis persistants, entre sortie de l'ombre et travestissements ou dévoiements, que ceux-ci prennent la forme d'échelles de mesure du « bien-être au travail », de guides de « bonnes pratiques », ou d'incantations au travailler plus et plus longtemps ou au travailler moins pour s'affranchir.

La qualité et la richesse des débats tiennent sans doute à la diversité des orientations réunies à cette occasion : psychodynamique du travail, clinique de l'activité, mais aussi psychologie sociale clinique, clinique médicale du travail, ergonomie, et encore philosophie, sociologie, anthropologie, et bien sûr professionnels de l'intervention, de la consultation...

Aussi, dans le prolongement de cette initiative, nous avons voulu construire les traces de ces travaux afin de faire de la publication de deux ouvrages, des outils au service de la poursuite des dialogues engagés.

Deux ouvrages organisés autour de deux problématiques centrales en clinique du travail. Le premier traite de la signification des liaisons entre subjectivité, santé et travail. Le deuxième, celui-ci, s'attache à la question de l'action en clinique du travail.

Car la clinique ne peut se réduire à des observations, des analyses – aussi fines soient-elles – de « cas » individuels et/ou de situations de travail. Elle n'est pas réductible au diagnostic élaboré par un expert « au chevet du lit du malade », que ce dernier soit un des « blessés » des combats qui se mènent dans le monde industriel, ou une unité de travail « en crise ». La clinique est action de transformation. Elle est aussi production de connaissances. S'ouvrent alors nombre d'interrogations, qui sont autant de questions de métier pour le clinicien du travail, mais dont la portée dépasse ce courant et ses différentes composantes.

Comment s'articulent, se différencient, s'alimentent réciproquement ces deux projets en acte : l'action et le savoir, l'inter-

devenue objet à la fois de préoccupations croissantes et de dénis persistants, entre sortie de l'ombre et travestissements ou dévoiements, que ceux-ci prennent la forme d'échelles de mesure du « bien-être au travail », de guides de « bonnes pratiques », ou d'incantations au travailler plus et plus longtemps ou au travailler moins pour s'affranchir.

La qualité et la richesse des débats tiennent sans doute à la diversité des orientations réunies à cette occasion : psychodynamique du travail, clinique de l'activité, mais aussi psychologie sociale clinique, clinique médicale du travail, ergonomie, et encore philosophie, sociologie, anthropologie, et bien sûr professionnels de l'intervention, de la consultation...

Aussi, dans le prolongement de cette initiative, nous avons voulu construire les traces de ces travaux afin de faire de la publication de deux ouvrages, des outils au service de la poursuite des dialogues engagés.

Deux ouvrages organisés autour de deux problématiques centrales en clinique du travail. Le premier traite de la signification des liaisons entre subjectivité, santé et travail. Le deuxième, celui-ci, s'attache à la question de l'action en clinique du travail.

Car la clinique ne peut se réduire à des observations, des analyses – aussi fines soient-elles – de « cas » individuels et/ou de situations de travail. Elle n'est pas réductible au diagnostic élaboré par un expert « au chevet du lit du malade », que ce dernier soit un des « blessés » des combats qui se mènent dans le monde industriel, ou une unité de travail « en crise ». La clinique est action de transformation. Elle est aussi production de connaissances. S'ouvrent alors nombre d'interrogations, qui sont autant de questions de métier pour le clinicien du travail, mais dont la portée dépasse ce courant et ses différentes composantes.

Comment s'articulent, se différencient, s'alimentent réciproquement ces deux projets en acte : l'action et le savoir, l'inter-

devenue objet à la fois de préoccupations croissantes et de dénis persistants, entre sortie de l'ombre et travestissements ou dévoiements, que ceux-ci prennent la forme d'échelles de mesure du « bien-être au travail », de guides de « bonnes pratiques », ou d'incantations au travailler plus et plus longtemps ou au travailler moins pour s'affranchir.

La qualité et la richesse des débats tiennent sans doute à la diversité des orientations réunies à cette occasion : psychodynamique du travail, clinique de l'activité, mais aussi psychologie sociale clinique, clinique médicale du travail, ergonomie, et encore philosophie, sociologie, anthropologie, et bien sûr professionnels de l'intervention, de la consultation...

Aussi, dans le prolongement de cette initiative, nous avons voulu construire les traces de ces travaux afin de faire de la publication de deux ouvrages, des outils au service de la poursuite des dialogues engagés.

Deux ouvrages organisés autour de deux problématiques centrales en clinique du travail. Le premier traite de la signification des liaisons entre subjectivité, santé et travail. Le deuxième, celui-ci, s'attache à la question de l'action en clinique du travail.

Car la clinique ne peut se réduire à des observations, des analyses – aussi fines soient-elles – de « cas » individuels et/ou de situations de travail. Elle n'est pas réductible au diagnostic élaboré par un expert « au chevet du lit du malade », que ce dernier soit un des « blessés » des combats qui se mènent dans le monde industriel, ou une unité de travail « en crise ». La clinique est action de transformation. Elle est aussi production de connaissances. S'ouvrent alors nombre d'interrogations, qui sont autant de questions de métier pour le clinicien du travail, mais dont la portée dépasse ce courant et ses différentes composantes.

Comment s'articulent, se différencient, s'alimentent réciproquement ces deux projets en acte : l'action et le savoir, l'inter-

devenue objet à la fois de préoccupations croissantes et de dénis persistants, entre sortie de l'ombre et travestissements ou dévoiements, que ceux-ci prennent la forme d'échelles de mesure du « bien-être au travail », de guides de « bonnes pratiques », ou d'incantations au travailler plus et plus longtemps ou au travailler moins pour s'affranchir.

La qualité et la richesse des débats tiennent sans doute à la diversité des orientations réunies à cette occasion : psychodynamique du travail, clinique de l'activité, mais aussi psychologie sociale clinique, clinique médicale du travail, ergonomie, et encore philosophie, sociologie, anthropologie, et bien sûr professionnels de l'intervention, de la consultation...

Aussi, dans le prolongement de cette initiative, nous avons voulu construire les traces de ces travaux afin de faire de la publication de deux ouvrages, des outils au service de la poursuite des dialogues engagés.

Deux ouvrages organisés autour de deux problématiques centrales en clinique du travail. Le premier traite de la signification des liaisons entre subjectivité, santé et travail. Le deuxième, celui-ci, s'attache à la question de l'action en clinique du travail.

Car la clinique ne peut se réduire à des observations, des analyses – aussi fines soient-elles – de « cas » individuels et/ou de situations de travail. Elle n'est pas réductible au diagnostic élaboré par un expert « au chevet du lit du malade », que ce dernier soit un des « blessés » des combats qui se mènent dans le monde industriel, ou une unité de travail « en crise ». La clinique est action de transformation. Elle est aussi production de connaissances. S'ouvrent alors nombre d'interrogations, qui sont autant de questions de métier pour le clinicien du travail, mais dont la portée dépasse ce courant et ses différentes composantes.

Comment s'articulent, se différencient, s'alimentent réciproquement ces deux projets en acte : l'action et le savoir, l'inter-

vention et l'élaboration de connaissances ? Y a-t-il là deux types d'activités, deux temps à différencier, ou convient-il de préciser leur trait d'union ? S'il ne s'agit pas ici de concevoir l'action comme ensemble de préconisations issues de connaissances scientifiques, sorte de science appliquée nourrie de démarche hypothético-déductive, reste à définir les savoirs qui sont construits dans l'action, à partir de l'action. Savoirs d'expérience, savoirs de métiers, savoirs d'action, savoirs théoriques, savoirs co-construits avec les sujets dans les situations d'intervention..., leurs différenciations et leurs liaisons méritent d'être discutées et précisées. Non pas pour d'infinis débats d'école mais pour analyser notre propre activité, et ce dans ses différentes dimensions : celle de la construction des dispositifs et des démarches d'action, celles des représentations et des savoirs mobilisés lors de la rencontre entre intervenants et professionnels, celle de la confrontation au réel et ses inattendus, celle de l'implication et de l'affectation de l'intervenant comme de ses partenaires dans cette coproduction, celle de la portée et des usages de ces différents savoirs dans et hors du temps de l'intervention. Pour préciser les dimensions techniques, méthodologiques, éthiques et politiques de nos activités, dans leur double visée.

Une autre entrée dans cette problématique consiste à s'interroger sur ce que l'on transforme dans l'intervention, et plus globalement dans l'action en milieu de travail : des représentations, des savoirs, des concepts, des affects, des artefacts, des discours ? Transformations en somme des manières de faire, de penser et de dire des professionnels avec qui nous travaillons, ou de tous ceux qui sont engagés dans l'aventure, cliniciens du travail compris ?

Dans le prolongement de ces questions et en articulation avec elles, ont été retenus ici trois objets essentiels de nos activités : l'organisation du travail, le collectif et le métier. Il s'agit là de clarifier ces notions mais aussi de mesurer les implicites

vention et l'élaboration de connaissances ? Y a-t-il là deux types d'activités, deux temps à différencier, ou convient-il de préciser leur trait d'union ? S'il ne s'agit pas ici de concevoir l'action comme ensemble de préconisations issues de connaissances scientifiques, sorte de science appliquée nourrie de démarche hypothético-déductive, reste à définir les savoirs qui sont construits dans l'action, à partir de l'action. Savoirs d'expérience, savoirs de métiers, savoirs d'action, savoirs théoriques, savoirs co-construits avec les sujets dans les situations d'intervention..., leurs différenciations et leurs liaisons méritent d'être discutées et précisées. Non pas pour d'infinis débats d'école mais pour analyser notre propre activité, et ce dans ses différentes dimensions : celle de la construction des dispositifs et des démarches d'action, celles des représentations et des savoirs mobilisés lors de la rencontre entre intervenants et professionnels, celle de la confrontation au réel et ses inattendus, celle de l'implication et de l'affectation de l'intervenant comme de ses partenaires dans cette coproduction, celle de la portée et des usages de ces différents savoirs dans et hors du temps de l'intervention. Pour préciser les dimensions techniques, méthodologiques, éthiques et politiques de nos activités, dans leur double visée.

Une autre entrée dans cette problématique consiste à s'interroger sur ce que l'on transforme dans l'intervention, et plus globalement dans l'action en milieu de travail : des représentations, des savoirs, des concepts, des affects, des artefacts, des discours ? Transformations en somme des manières de faire, de penser et de dire des professionnels avec qui nous travaillons, ou de tous ceux qui sont engagés dans l'aventure, cliniciens du travail compris ?

Dans le prolongement de ces questions et en articulation avec elles, ont été retenus ici trois objets essentiels de nos activités : l'organisation du travail, le collectif et le métier. Il s'agit là de clarifier ces notions mais aussi de mesurer les implicites

vention et l'élaboration de connaissances ? Y a-t-il là deux types d'activités, deux temps à différencier, ou convient-il de préciser leur trait d'union ? S'il ne s'agit pas ici de concevoir l'action comme ensemble de préconisations issues de connaissances scientifiques, sorte de science appliquée nourrie de démarche hypothético-déductive, reste à définir les savoirs qui sont construits dans l'action, à partir de l'action. Savoirs d'expérience, savoirs de métiers, savoirs d'action, savoirs théoriques, savoirs co-construits avec les sujets dans les situations d'intervention..., leurs différenciations et leurs liaisons méritent d'être discutées et précisées. Non pas pour d'infinis débats d'école mais pour analyser notre propre activité, et ce dans ses différentes dimensions : celle de la construction des dispositifs et des démarches d'action, celles des représentations et des savoirs mobilisés lors de la rencontre entre intervenants et professionnels, celle de la confrontation au réel et ses inattendus, celle de l'implication et de l'affectation de l'intervenant comme de ses partenaires dans cette coproduction, celle de la portée et des usages de ces différents savoirs dans et hors du temps de l'intervention. Pour préciser les dimensions techniques, méthodologiques, éthiques et politiques de nos activités, dans leur double visée.

Une autre entrée dans cette problématique consiste à s'interroger sur ce que l'on transforme dans l'intervention, et plus globalement dans l'action en milieu de travail : des représentations, des savoirs, des concepts, des affects, des artefacts, des discours ? Transformations en somme des manières de faire, de penser et de dire des professionnels avec qui nous travaillons, ou de tous ceux qui sont engagés dans l'aventure, cliniciens du travail compris ?

Dans le prolongement de ces questions et en articulation avec elles, ont été retenus ici trois objets essentiels de nos activités : l'organisation du travail, le collectif et le métier. Il s'agit là de clarifier ces notions mais aussi de mesurer les implicites

vention et l'élaboration de connaissances ? Y a-t-il là deux types d'activités, deux temps à différencier, ou convient-il de préciser leur trait d'union ? S'il ne s'agit pas ici de concevoir l'action comme ensemble de préconisations issues de connaissances scientifiques, sorte de science appliquée nourrie de démarche hypothético-déductive, reste à définir les savoirs qui sont construits dans l'action, à partir de l'action. Savoirs d'expérience, savoirs de métiers, savoirs d'action, savoirs théoriques, savoirs co-construits avec les sujets dans les situations d'intervention..., leurs différenciations et leurs liaisons méritent d'être discutées et précisées. Non pas pour d'infinis débats d'école mais pour analyser notre propre activité, et ce dans ses différentes dimensions : celle de la construction des dispositifs et des démarches d'action, celles des représentations et des savoirs mobilisés lors de la rencontre entre intervenants et professionnels, celle de la confrontation au réel et ses inattendus, celle de l'implication et de l'affectation de l'intervenant comme de ses partenaires dans cette coproduction, celle de la portée et des usages de ces différents savoirs dans et hors du temps de l'intervention. Pour préciser les dimensions techniques, méthodologiques, éthiques et politiques de nos activités, dans leur double visée.

Une autre entrée dans cette problématique consiste à s'interroger sur ce que l'on transforme dans l'intervention, et plus globalement dans l'action en milieu de travail : des représentations, des savoirs, des concepts, des affects, des artefacts, des discours ? Transformations en somme des manières de faire, de penser et de dire des professionnels avec qui nous travaillons, ou de tous ceux qui sont engagés dans l'aventure, cliniciens du travail compris ?

Dans le prolongement de ces questions et en articulation avec elles, ont été retenus ici trois objets essentiels de nos activités : l'organisation du travail, le collectif et le métier. Il s'agit là de clarifier ces notions mais aussi de mesurer les implicites

contenus dans leurs usages, d'identifier leurs fonctions respectives sur le plan des processus de transformation comme sur celui des constructions théoriques.

Saisir l'organisation du travail comme un objet de travail, aussi bien pour l'ensemble des acteurs (prescripteurs comme opérateurs) que pour les cliniciens du travail (quelle organisation de notre propre travail ?), permet de se dégager de la naturalisation des systèmes et dispositifs organisationnels, d'une représentation de l'organisation comme donnée en occultant le créé, ou comme instituée, sans instituant. Il s'agit alors de tenir ensemble deux perspectives : celle du travail d'organisation de la production et celle du travail d'organisation du développement.

Quelles sont ici les fonctions des collectifs de travail et des métiers ? Groupes d'appartenance, de référence, définis par la co-activité, la coopération, la production de règles, de repères partagés, par une histoire commune à faire vivre pour qu'elle puisse devenir un instrument d'action ? Contact social avec soi-même pour des travailleurs appelés à prendre de plus en plus de responsabilités personnelles ?

Si les cliniciens du travail ont en partage la reconnaissance de la fonction du travail dans la vie subjective et le lien social, s'ils accordent une place essentielle à l'analyse du travail, ils ne peuvent se dérober à l'analyse de leur propre travail et à l'entretien des conditions qui la permettent. Cette analyse passe par le débat de chacun avec lui-même et avec les autres, pour déconstruire les discours convenus comme des concepts, pour se mesurer avec le réel, ses surprises, ses butées comme ses possibles. Pour préserver la vitalité de nos propres métiers. On trouvera dans cet ouvrage l'exemple d'un effort fait ensemble pour y parvenir.

contenus dans leurs usages, d'identifier leurs fonctions respectives sur le plan des processus de transformation comme sur celui des constructions théoriques.

Saisir l'organisation du travail comme un objet de travail, aussi bien pour l'ensemble des acteurs (prescripteurs comme opérateurs) que pour les cliniciens du travail (quelle organisation de notre propre travail ?), permet de se dégager de la naturalisation des systèmes et dispositifs organisationnels, d'une représentation de l'organisation comme donnée en occultant le créé, ou comme instituée, sans instituant. Il s'agit alors de tenir ensemble deux perspectives : celle du travail d'organisation de la production et celle du travail d'organisation du développement.

Quelles sont ici les fonctions des collectifs de travail et des métiers ? Groupes d'appartenance, de référence, définis par la co-activité, la coopération, la production de règles, de repères partagés, par une histoire commune à faire vivre pour qu'elle puisse devenir un instrument d'action ? Contact social avec soi-même pour des travailleurs appelés à prendre de plus en plus de responsabilités personnelles ?

Si les cliniciens du travail ont en partage la reconnaissance de la fonction du travail dans la vie subjective et le lien social, s'ils accordent une place essentielle à l'analyse du travail, ils ne peuvent se dérober à l'analyse de leur propre travail et à l'entretien des conditions qui la permettent. Cette analyse passe par le débat de chacun avec lui-même et avec les autres, pour déconstruire les discours convenus comme des concepts, pour se mesurer avec le réel, ses surprises, ses butées comme ses possibles. Pour préserver la vitalité de nos propres métiers. On trouvera dans cet ouvrage l'exemple d'un effort fait ensemble pour y parvenir.

contenus dans leurs usages, d'identifier leurs fonctions respectives sur le plan des processus de transformation comme sur celui des constructions théoriques.

Saisir l'organisation du travail comme un objet de travail, aussi bien pour l'ensemble des acteurs (prescripteurs comme opérateurs) que pour les cliniciens du travail (quelle organisation de notre propre travail ?), permet de se dégager de la naturalisation des systèmes et dispositifs organisationnels, d'une représentation de l'organisation comme donnée en occultant le créé, ou comme instituée, sans instituant. Il s'agit alors de tenir ensemble deux perspectives : celle du travail d'organisation de la production et celle du travail d'organisation du développement.

Quelles sont ici les fonctions des collectifs de travail et des métiers ? Groupes d'appartenance, de référence, définis par la co-activité, la coopération, la production de règles, de repères partagés, par une histoire commune à faire vivre pour qu'elle puisse devenir un instrument d'action ? Contact social avec soi-même pour des travailleurs appelés à prendre de plus en plus de responsabilités personnelles ?

Si les cliniciens du travail ont en partage la reconnaissance de la fonction du travail dans la vie subjective et le lien social, s'ils accordent une place essentielle à l'analyse du travail, ils ne peuvent se dérober à l'analyse de leur propre travail et à l'entretien des conditions qui la permettent. Cette analyse passe par le débat de chacun avec lui-même et avec les autres, pour déconstruire les discours convenus comme des concepts, pour se mesurer avec le réel, ses surprises, ses butées comme ses possibles. Pour préserver la vitalité de nos propres métiers. On trouvera dans cet ouvrage l'exemple d'un effort fait ensemble pour y parvenir.

contenus dans leurs usages, d'identifier leurs fonctions respectives sur le plan des processus de transformation comme sur celui des constructions théoriques.

Saisir l'organisation du travail comme un objet de travail, aussi bien pour l'ensemble des acteurs (prescripteurs comme opérateurs) que pour les cliniciens du travail (quelle organisation de notre propre travail ?), permet de se dégager de la naturalisation des systèmes et dispositifs organisationnels, d'une représentation de l'organisation comme donnée en occultant le créé, ou comme instituée, sans instituant. Il s'agit alors de tenir ensemble deux perspectives : celle du travail d'organisation de la production et celle du travail d'organisation du développement.

Quelles sont ici les fonctions des collectifs de travail et des métiers ? Groupes d'appartenance, de référence, définis par la co-activité, la coopération, la production de règles, de repères partagés, par une histoire commune à faire vivre pour qu'elle puisse devenir un instrument d'action ? Contact social avec soi-même pour des travailleurs appelés à prendre de plus en plus de responsabilités personnelles ?

Si les cliniciens du travail ont en partage la reconnaissance de la fonction du travail dans la vie subjective et le lien social, s'ils accordent une place essentielle à l'analyse du travail, ils ne peuvent se dérober à l'analyse de leur propre travail et à l'entretien des conditions qui la permettent. Cette analyse passe par le débat de chacun avec lui-même et avec les autres, pour déconstruire les discours convenus comme des concepts, pour se mesurer avec le réel, ses surprises, ses butées comme ses possibles. Pour préserver la vitalité de nos propres métiers. On trouvera dans cet ouvrage l'exemple d'un effort fait ensemble pour y parvenir.

I

Actions de transformation
et production de connaissances

Pourquoi l'activité dans la clinique du travail ?

Yves Clot

En annonçant que l'on va aborder le problème de la clinique du travail et même de la clinique « tout court » par *l'activité*, on peut surprendre. En effet, qui dit clinique dit le plus souvent subjectivité. C'est l'habitude. Qui dit subjectivité dit ensuite psychanalyse. Et qui dit psychanalyse dit Freud d'abord. Dans ces conditions, dire « activité » pour parler clinique a des effets et des conséquences dont toutes ne sont sûrement pas présentement prévisibles.

On va pourtant essayer d'« entrer » dans la clinique par l'activité. Le faire, c'est d'abord, bien sûr, convoquer les usages de l'ergonomie, mais c'est surtout entraîner avec soi un cortège d'auteurs de la lignée des grands Russes des années vingt : Vygotski (1997, 2003, 2005 ; Clot, 1999a), Bakhtine (1984), Léontiev (1976, 1984), Luria (1995) et Rubinstein (2007), pour ne citer qu'eux. *A priori*, le contraire de la subjectivité en quelque sorte. C'est pourtant cette idée convenue que je voudrais discuter ici. Avec un seul exemple, parmi d'autres, un des auteurs qui est allé à la subjectivité par le détour de l'activité, convaincu alors que l'accès à la subjectivité ne pouvait se faire en ligne droite.

Pourquoi l'activité dans la clinique du travail ?

Yves Clot

En annonçant que l'on va aborder le problème de la clinique du travail et même de la clinique « tout court » par *l'activité*, on peut surprendre. En effet, qui dit clinique dit le plus souvent subjectivité. C'est l'habitude. Qui dit subjectivité dit ensuite psychanalyse. Et qui dit psychanalyse dit Freud d'abord. Dans ces conditions, dire « activité » pour parler clinique a des effets et des conséquences dont toutes ne sont sûrement pas présentement prévisibles.

On va pourtant essayer d'« entrer » dans la clinique par l'activité. Le faire, c'est d'abord, bien sûr, convoquer les usages de l'ergonomie, mais c'est surtout entraîner avec soi un cortège d'auteurs de la lignée des grands Russes des années vingt : Vygotski (1997, 2003, 2005 ; Clot, 1999a), Bakhtine (1984), Léontiev (1976, 1984), Luria (1995) et Rubinstein (2007), pour ne citer qu'eux. *A priori*, le contraire de la subjectivité en quelque sorte. C'est pourtant cette idée convenue que je voudrais discuter ici. Avec un seul exemple, parmi d'autres, un des auteurs qui est allé à la subjectivité par le détour de l'activité, convaincu alors que l'accès à la subjectivité ne pouvait se faire en ligne droite.

Pourquoi l'activité dans la clinique du travail ?

Yves Clot

En annonçant que l'on va aborder le problème de la clinique du travail et même de la clinique « tout court » par *l'activité*, on peut surprendre. En effet, qui dit clinique dit le plus souvent subjectivité. C'est l'habitude. Qui dit subjectivité dit ensuite psychanalyse. Et qui dit psychanalyse dit Freud d'abord. Dans ces conditions, dire « activité » pour parler clinique a des effets et des conséquences dont toutes ne sont sûrement pas présentement prévisibles.

On va pourtant essayer d'« entrer » dans la clinique par l'activité. Le faire, c'est d'abord, bien sûr, convoquer les usages de l'ergonomie, mais c'est surtout entraîner avec soi un cortège d'auteurs de la lignée des grands Russes des années vingt : Vygotski (1997, 2003, 2005 ; Clot, 1999a), Bakhtine (1984), Léontiev (1976, 1984), Luria (1995) et Rubinstein (2007), pour ne citer qu'eux. *A priori*, le contraire de la subjectivité en quelque sorte. C'est pourtant cette idée convenue que je voudrais discuter ici. Avec un seul exemple, parmi d'autres, un des auteurs qui est allé à la subjectivité par le détour de l'activité, convaincu alors que l'accès à la subjectivité ne pouvait se faire en ligne droite.

Pourquoi l'activité dans la clinique du travail ?

Yves Clot

En annonçant que l'on va aborder le problème de la clinique du travail et même de la clinique « tout court » par *l'activité*, on peut surprendre. En effet, qui dit clinique dit le plus souvent subjectivité. C'est l'habitude. Qui dit subjectivité dit ensuite psychanalyse. Et qui dit psychanalyse dit Freud d'abord. Dans ces conditions, dire « activité » pour parler clinique a des effets et des conséquences dont toutes ne sont sûrement pas présentement prévisibles.

On va pourtant essayer d'« entrer » dans la clinique par l'activité. Le faire, c'est d'abord, bien sûr, convoquer les usages de l'ergonomie, mais c'est surtout entraîner avec soi un cortège d'auteurs de la lignée des grands Russes des années vingt : Vygotski (1997, 2003, 2005 ; Clot, 1999a), Bakhtine (1984), Léontiev (1976, 1984), Luria (1995) et Rubinstein (2007), pour ne citer qu'eux. *A priori*, le contraire de la subjectivité en quelque sorte. C'est pourtant cette idée convenue que je voudrais discuter ici. Avec un seul exemple, parmi d'autres, un des auteurs qui est allé à la subjectivité par le détour de l'activité, convaincu alors que l'accès à la subjectivité ne pouvait se faire en ligne droite.

L'activité comme trait d'union

Celui dont je veux parler maintenant et à qui je souhaite rendre hommage afin que son rôle soit plus justement reconnu en clinique du travail est curieusement un psychiatre. Un psychiatre parmi les grands, de la trempe des Le Guillant, Sivadon, Daumezon (Billiard, 2001). De Le Guillant, j'ai souvent commenté les textes pour les méditer devant les difficultés rencontrées dans l'exercice de notre métier, l'analyse du travail (Le Guillant, 2006). Mais, paradoxalement, j'ai moins su tirer jusqu'ici les leçons pour notre propre discipline¹, du travail de F. Tosquelles. Et pourtant, sans connaître les grands Russes et en citant la psychiatrie allemande, il a donné très tôt ses lettres de noblesse à l'activité pratique comme ressort de la vie mentale².

Il a commencé par le bon bout, par une critique d'une conception fétichiste de l'activité. On nous permettra de le citer ici : il y a un risque, écrit-il, « de voir se faufiler derrière ce joli mot d'activité une distorsion et un contresens très graves [...]. En effet, il ne faut pas confondre le concept d'activité avec la simple prestation de mouvements, voire d'efforts consentants d'application et d'endurance, soumis au désir du maître d'école ou du maître d'œuvre [...]. Activité veut dire activité propre : activité qui part et s'enracine dans le sujet actif pour s'épanouir le cas échéant, dans un contexte social » (Tosquelles, 2009, p. 47). En concluant que le « simple affairément » apparent n'est pas forcément synonyme d'activité psychologique, Tosquelles nous a mis très clairement en garde contre les « conceptions myopes du

1. Cette conférence datant de mai 2008, on trouvera une reprise approfondie de la question dans la postface à la réédition de l'ouvrage classique de Tosquelles, *Le travail thérapeutique en psychiatrie* (2009).

2. Delion a redit récemment combien l'activité chez le patient pouvait ouvrir sur « un pan de sa psychopathologie que la clinique du sujet couché ne pouvait dévoiler » (Delion, 2009, p. 10).

L'activité comme trait d'union

Celui dont je veux parler maintenant et à qui je souhaite rendre hommage afin que son rôle soit plus justement reconnu en clinique du travail est curieusement un psychiatre. Un psychiatre parmi les grands, de la trempe des Le Guillant, Sivadon, Daumezon (Billiard, 2001). De Le Guillant, j'ai souvent commenté les textes pour les méditer devant les difficultés rencontrées dans l'exercice de notre métier, l'analyse du travail (Le Guillant, 2006). Mais, paradoxalement, j'ai moins su tirer jusqu'ici les leçons pour notre propre discipline¹, du travail de F. Tosquelles. Et pourtant, sans connaître les grands Russes et en citant la psychiatrie allemande, il a donné très tôt ses lettres de noblesse à l'activité pratique comme ressort de la vie mentale².

Il a commencé par le bon bout, par une critique d'une conception fétichiste de l'activité. On nous permettra de le citer ici : il y a un risque, écrit-il, « de voir se faufiler derrière ce joli mot d'activité une distorsion et un contresens très graves [...]. En effet, il ne faut pas confondre le concept d'activité avec la simple prestation de mouvements, voire d'efforts consentants d'application et d'endurance, soumis au désir du maître d'école ou du maître d'œuvre [...]. Activité veut dire activité propre : activité qui part et s'enracine dans le sujet actif pour s'épanouir le cas échéant, dans un contexte social » (Tosquelles, 2009, p. 47). En concluant que le « simple affairément » apparent n'est pas forcément synonyme d'activité psychologique, Tosquelles nous a mis très clairement en garde contre les « conceptions myopes du

1. Cette conférence datant de mai 2008, on trouvera une reprise approfondie de la question dans la postface à la réédition de l'ouvrage classique de Tosquelles, *Le travail thérapeutique en psychiatrie* (2009).

2. Delion a redit récemment combien l'activité chez le patient pouvait ouvrir sur « un pan de sa psychopathologie que la clinique du sujet couché ne pouvait dévoiler » (Delion, 2009, p. 10).

L'activité comme trait d'union

Celui dont je veux parler maintenant et à qui je souhaite rendre hommage afin que son rôle soit plus justement reconnu en clinique du travail est curieusement un psychiatre. Un psychiatre parmi les grands, de la trempe des Le Guillant, Sivadon, Daumezon (Billiard, 2001). De Le Guillant, j'ai souvent commenté les textes pour les méditer devant les difficultés rencontrées dans l'exercice de notre métier, l'analyse du travail (Le Guillant, 2006). Mais, paradoxalement, j'ai moins su tirer jusqu'ici les leçons pour notre propre discipline¹, du travail de F. Tosquelles. Et pourtant, sans connaître les grands Russes et en citant la psychiatrie allemande, il a donné très tôt ses lettres de noblesse à l'activité pratique comme ressort de la vie mentale².

Il a commencé par le bon bout, par une critique d'une conception fétichiste de l'activité. On nous permettra de le citer ici : il y a un risque, écrit-il, « de voir se faufiler derrière ce joli mot d'activité une distorsion et un contresens très graves [...]. En effet, il ne faut pas confondre le concept d'activité avec la simple prestation de mouvements, voire d'efforts consentants d'application et d'endurance, soumis au désir du maître d'école ou du maître d'œuvre [...]. Activité veut dire activité propre : activité qui part et s'enracine dans le sujet actif pour s'épanouir le cas échéant, dans un contexte social » (Tosquelles, 2009, p. 47). En concluant que le « simple affairément » apparent n'est pas forcément synonyme d'activité psychologique, Tosquelles nous a mis très clairement en garde contre les « conceptions myopes du

1. Cette conférence datant de mai 2008, on trouvera une reprise approfondie de la question dans la postface à la réédition de l'ouvrage classique de Tosquelles, *Le travail thérapeutique en psychiatrie* (2009).

2. Delion a redit récemment combien l'activité chez le patient pouvait ouvrir sur « un pan de sa psychopathologie que la clinique du sujet couché ne pouvait dévoiler » (Delion, 2009, p. 10).

L'activité comme trait d'union

Celui dont je veux parler maintenant et à qui je souhaite rendre hommage afin que son rôle soit plus justement reconnu en clinique du travail est curieusement un psychiatre. Un psychiatre parmi les grands, de la trempe des Le Guillant, Sivadon, Daumezon (Billiard, 2001). De Le Guillant, j'ai souvent commenté les textes pour les méditer devant les difficultés rencontrées dans l'exercice de notre métier, l'analyse du travail (Le Guillant, 2006). Mais, paradoxalement, j'ai moins su tirer jusqu'ici les leçons pour notre propre discipline¹, du travail de F. Tosquelles. Et pourtant, sans connaître les grands Russes et en citant la psychiatrie allemande, il a donné très tôt ses lettres de noblesse à l'activité pratique comme ressort de la vie mentale².

Il a commencé par le bon bout, par une critique d'une conception fétichiste de l'activité. On nous permettra de le citer ici : il y a un risque, écrit-il, « de voir se faufiler derrière ce joli mot d'activité une distorsion et un contresens très graves [...]. En effet, il ne faut pas confondre le concept d'activité avec la simple prestation de mouvements, voire d'efforts consentants d'application et d'endurance, soumis au désir du maître d'école ou du maître d'œuvre [...]. Activité veut dire activité propre : activité qui part et s'enracine dans le sujet actif pour s'épanouir le cas échéant, dans un contexte social » (Tosquelles, 2009, p. 47). En concluant que le « simple affairément » apparent n'est pas forcément synonyme d'activité psychologique, Tosquelles nous a mis très clairement en garde contre les « conceptions myopes du

1. Cette conférence datant de mai 2008, on trouvera une reprise approfondie de la question dans la postface à la réédition de l'ouvrage classique de Tosquelles, *Le travail thérapeutique en psychiatrie* (2009).

2. Delion a redit récemment combien l'activité chez le patient pouvait ouvrir sur « un pan de sa psychopathologie que la clinique du sujet couché ne pouvait dévoiler » (Delion, 2009, p. 10).

travail en tant qu'exercice musculaire, ou même en temps que production d'objets » (2009, p. 79). On le suivra sans problème dans sa distinction tranchée entre affairément et activité. Comme il l'écrit, la « bougeotte » – cette agitation opératoire – est le contraire de l'activité. Cette dernière n'est rien d'autre que la conversion par les hommes du milieu « naturel » en « monde ». L'homme ne s'adapte pas ; ou plutôt, il ne s'adapte qu'en adaptant le monde autour de lui pour le faire sien. Sans cette possibilité de travailler à construire son monde avec les autres hommes dans lequel il « se fera homme », il ne s'humanise plus³. Il est alors soumis à la loi zoologique du « s'adapter ou périr », dilemme propre aux seules espèces animales (2009, p. 37-39). Son originalité psychique disparaît. Telle est l'épistémologie commune de l'activité que Tosquelles et la tradition russe mobilisent ensemble sans le savoir (Léontiev, 1976). Elle est leur trait d'union même si, bien sûr, ces épistémologies sont loin de converger complètement et durablement.

L'activité jusque dans la maladie

Tout est là : qu'elle soit pratique ou psychique, visible ou invisible, l'activité n'est jamais déterminée mécaniquement par son contexte. Elle le métamorphose. Pour le meilleur et pour le pire, elle affranchit le sujet des dépendances de la situation concrète et se subordonne le contexte en question. Dans le champ du travail – mais bien au-delà aussi –, l'objet de l'activité, loin d'être la seule tâche à accomplir, c'est même cette subordination. L'acti-

3. Tosquelles, d'ailleurs, « envisage la folie en tant qu'événement dans le processus d'humanisation » (2009, p. 66), « occasionnellement en échec chez nos malades », écrit-il (2009, p. 39). On remarquera que la sous-estimation par Freud de cette dimension de l'humanisation dans ce qu'il appelle le *Kulturarbeit* est justement l'objection que lui font les psychanalystes aujourd'hui proches de Nathalie Zaltzman (Zaltzman, 2007, p. 24).

travail en tant qu'exercice musculaire, ou même en temps que production d'objets » (2009, p. 79). On le suivra sans problème dans sa distinction tranchée entre affairément et activité. Comme il l'écrit, la « bougeotte » – cette agitation opératoire – est le contraire de l'activité. Cette dernière n'est rien d'autre que la conversion par les hommes du milieu « naturel » en « monde ». L'homme ne s'adapte pas ; ou plutôt, il ne s'adapte qu'en adaptant le monde autour de lui pour le faire sien. Sans cette possibilité de travailler à construire son monde avec les autres hommes dans lequel il « se fera homme », il ne s'humanise plus³. Il est alors soumis à la loi zoologique du « s'adapter ou périr », dilemme propre aux seules espèces animales (2009, p. 37-39). Son originalité psychique disparaît. Telle est l'épistémologie commune de l'activité que Tosquelles et la tradition russe mobilisent ensemble sans le savoir (Léontiev, 1976). Elle est leur trait d'union même si, bien sûr, ces épistémologies sont loin de converger complètement et durablement.

L'activité jusque dans la maladie

Tout est là : qu'elle soit pratique ou psychique, visible ou invisible, l'activité n'est jamais déterminée mécaniquement par son contexte. Elle le métamorphose. Pour le meilleur et pour le pire, elle affranchit le sujet des dépendances de la situation concrète et se subordonne le contexte en question. Dans le champ du travail – mais bien au-delà aussi –, l'objet de l'activité, loin d'être la seule tâche à accomplir, c'est même cette subordination. L'acti-

3. Tosquelles, d'ailleurs, « envisage la folie en tant qu'événement dans le processus d'humanisation » (2009, p. 66), « occasionnellement en échec chez nos malades », écrit-il (2009, p. 39). On remarquera que la sous-estimation par Freud de cette dimension de l'humanisation dans ce qu'il appelle le *Kulturarbeit* est justement l'objection que lui font les psychanalystes aujourd'hui proches de Nathalie Zaltzman (Zaltzman, 2007, p. 24).

travail en tant qu'exercice musculaire, ou même en temps que production d'objets » (2009, p. 79). On le suivra sans problème dans sa distinction tranchée entre affairément et activité. Comme il l'écrit, la « bougeotte » – cette agitation opératoire – est le contraire de l'activité. Cette dernière n'est rien d'autre que la conversion par les hommes du milieu « naturel » en « monde ». L'homme ne s'adapte pas ; ou plutôt, il ne s'adapte qu'en adaptant le monde autour de lui pour le faire sien. Sans cette possibilité de travailler à construire son monde avec les autres hommes dans lequel il « se fera homme », il ne s'humanise plus³. Il est alors soumis à la loi zoologique du « s'adapter ou périr », dilemme propre aux seules espèces animales (2009, p. 37-39). Son originalité psychique disparaît. Telle est l'épistémologie commune de l'activité que Tosquelles et la tradition russe mobilisent ensemble sans le savoir (Léontiev, 1976). Elle est leur trait d'union même si, bien sûr, ces épistémologies sont loin de converger complètement et durablement.

L'activité jusque dans la maladie

Tout est là : qu'elle soit pratique ou psychique, visible ou invisible, l'activité n'est jamais déterminée mécaniquement par son contexte. Elle le métamorphose. Pour le meilleur et pour le pire, elle affranchit le sujet des dépendances de la situation concrète et se subordonne le contexte en question. Dans le champ du travail – mais bien au-delà aussi –, l'objet de l'activité, loin d'être la seule tâche à accomplir, c'est même cette subordination. L'acti-

3. Tosquelles, d'ailleurs, « envisage la folie en tant qu'événement dans le processus d'humanisation » (2009, p. 66), « occasionnellement en échec chez nos malades », écrit-il (2009, p. 39). On remarquera que la sous-estimation par Freud de cette dimension de l'humanisation dans ce qu'il appelle le *Kulturarbeit* est justement l'objection que lui font les psychanalystes aujourd'hui proches de Nathalie Zaltzman (Zaltzman, 2007, p. 24).

travail en tant qu'exercice musculaire, ou même en temps que production d'objets » (2009, p. 79). On le suivra sans problème dans sa distinction tranchée entre affairément et activité. Comme il l'écrit, la « bougeotte » – cette agitation opératoire – est le contraire de l'activité. Cette dernière n'est rien d'autre que la conversion par les hommes du milieu « naturel » en « monde ». L'homme ne s'adapte pas ; ou plutôt, il ne s'adapte qu'en adaptant le monde autour de lui pour le faire sien. Sans cette possibilité de travailler à construire son monde avec les autres hommes dans lequel il « se fera homme », il ne s'humanise plus³. Il est alors soumis à la loi zoologique du « s'adapter ou périr », dilemme propre aux seules espèces animales (2009, p. 37-39). Son originalité psychique disparaît. Telle est l'épistémologie commune de l'activité que Tosquelles et la tradition russe mobilisent ensemble sans le savoir (Léontiev, 1976). Elle est leur trait d'union même si, bien sûr, ces épistémologies sont loin de converger complètement et durablement.

L'activité jusque dans la maladie

Tout est là : qu'elle soit pratique ou psychique, visible ou invisible, l'activité n'est jamais déterminée mécaniquement par son contexte. Elle le métamorphose. Pour le meilleur et pour le pire, elle affranchit le sujet des dépendances de la situation concrète et se subordonne le contexte en question. Dans le champ du travail – mais bien au-delà aussi –, l'objet de l'activité, loin d'être la seule tâche à accomplir, c'est même cette subordination. L'acti-

3. Tosquelles, d'ailleurs, « envisage la folie en tant qu'événement dans le processus d'humanisation » (2009, p. 66), « occasionnellement en échec chez nos malades », écrit-il (2009, p. 39). On remarquera que la sous-estimation par Freud de cette dimension de l'humanisation dans ce qu'il appelle le *Kulturarbeit* est justement l'objection que lui font les psychanalystes aujourd'hui proches de Nathalie Zaltzman (Zaltzman, 2007, p. 24).

vité n'existe dans un contexte qu'en produisant du contexte pour exister. Car les femmes et les hommes ne vivent pas dans un contexte, mais doivent produire du contexte pour vivre. C'est bien là l'équivoque d'ailleurs. Là où réside la possibilité est aussi le risque. Car rien ne garantit à l'avance que cette métamorphose et cette subordination vitales pour eux, grâce à laquelle ils cherchent à apprivoiser la réalité, ne se retournent pas contre eux. C'est bien sûr vrai au plan social. Les « artifices » qu'ils produisent peuvent devenir les instruments d'un vrai « calvaire » (Tosquelles, 2009, p. 39). Mais c'est vrai aussi au plan psychique. S'affranchir des dépendances de la situation concrète peut aussi virer à la maladie.

L'activité fait l'épreuve pratique d'objets ou de relations avec autrui qui lui résistent, qui la dévient, qui l'affectent de toute façon. C'est même au cours de cette activité extérieure que le cercle des processus psychiques s'ouvre au réel qui y fait irruption, selon la jolie formule de Léontiev (1984). Mais ces épreuves ont, dès lors, deux destins possibles. Vivre, c'est pouvoir développer les objets, les destinataires et les instruments de son activité en affectant le monde par son initiative. Quand, à l'inverse, les choses se mettent à avoir entre elles, dans ce monde, des rapports systématiquement indépendants de mon initiative, au mieux, j'y survis. Mon monde se rétrécit. Il redevient simple milieu.

Mais l'activité se trouve alors désaffectée, comme déliée des autres et de moi-même. Dans ce cas, on le sait, on agit sans se sentir actif. Et cette désaffectation diminue le sujet, le déréalise en amputant son pouvoir d'agir (Clot, 2008a). Car le cercle des processus psychiques se referme sur lui-même et ils deviennent intransformables, incarcérés, privés de la plasticité fonctionnelle que seules les convocations du réel garantissent : réel amorphe, sujet atone. De cette nécrose du réel, on peut « en faire une maladie », comme le dit bien le langage populaire. Mais la

vité n'existe dans un contexte qu'en produisant du contexte pour exister. Car les femmes et les hommes ne vivent pas dans un contexte, mais doivent produire du contexte pour vivre. C'est bien là l'équivoque d'ailleurs. Là où réside la possibilité est aussi le risque. Car rien ne garantit à l'avance que cette métamorphose et cette subordination vitales pour eux, grâce à laquelle ils cherchent à apprivoiser la réalité, ne se retournent pas contre eux. C'est bien sûr vrai au plan social. Les « artifices » qu'ils produisent peuvent devenir les instruments d'un vrai « calvaire » (Tosquelles, 2009, p. 39). Mais c'est vrai aussi au plan psychique. S'affranchir des dépendances de la situation concrète peut aussi virer à la maladie.

L'activité fait l'épreuve pratique d'objets ou de relations avec autrui qui lui résistent, qui la dévient, qui l'affectent de toute façon. C'est même au cours de cette activité extérieure que le cercle des processus psychiques s'ouvre au réel qui y fait irruption, selon la jolie formule de Léontiev (1984). Mais ces épreuves ont, dès lors, deux destins possibles. Vivre, c'est pouvoir développer les objets, les destinataires et les instruments de son activité en affectant le monde par son initiative. Quand, à l'inverse, les choses se mettent à avoir entre elles, dans ce monde, des rapports systématiquement indépendants de mon initiative, au mieux, j'y survis. Mon monde se rétrécit. Il redevient simple milieu.

Mais l'activité se trouve alors désaffectée, comme déliée des autres et de moi-même. Dans ce cas, on le sait, on agit sans se sentir actif. Et cette désaffectation diminue le sujet, le déréalise en amputant son pouvoir d'agir (Clot, 2008a). Car le cercle des processus psychiques se referme sur lui-même et ils deviennent intransformables, incarcérés, privés de la plasticité fonctionnelle que seules les convocations du réel garantissent : réel amorphe, sujet atone. De cette nécrose du réel, on peut « en faire une maladie », comme le dit bien le langage populaire. Mais la

vité n'existe dans un contexte qu'en produisant du contexte pour exister. Car les femmes et les hommes ne vivent pas dans un contexte, mais doivent produire du contexte pour vivre. C'est bien là l'équivoque d'ailleurs. Là où réside la possibilité est aussi le risque. Car rien ne garantit à l'avance que cette métamorphose et cette subordination vitales pour eux, grâce à laquelle ils cherchent à apprivoiser la réalité, ne se retournent pas contre eux. C'est bien sûr vrai au plan social. Les « artifices » qu'ils produisent peuvent devenir les instruments d'un vrai « calvaire » (Tosquelles, 2009, p. 39). Mais c'est vrai aussi au plan psychique. S'affranchir des dépendances de la situation concrète peut aussi virer à la maladie.

L'activité fait l'épreuve pratique d'objets ou de relations avec autrui qui lui résistent, qui la dévient, qui l'affectent de toute façon. C'est même au cours de cette activité extérieure que le cercle des processus psychiques s'ouvre au réel qui y fait irruption, selon la jolie formule de Léontiev (1984). Mais ces épreuves ont, dès lors, deux destins possibles. Vivre, c'est pouvoir développer les objets, les destinataires et les instruments de son activité en affectant le monde par son initiative. Quand, à l'inverse, les choses se mettent à avoir entre elles, dans ce monde, des rapports systématiquement indépendants de mon initiative, au mieux, j'y survis. Mon monde se rétrécit. Il redevient simple milieu.

Mais l'activité se trouve alors désaffectée, comme déliée des autres et de moi-même. Dans ce cas, on le sait, on agit sans se sentir actif. Et cette désaffectation diminue le sujet, le déréalise en amputant son pouvoir d'agir (Clot, 2008a). Car le cercle des processus psychiques se referme sur lui-même et ils deviennent intransformables, incarcérés, privés de la plasticité fonctionnelle que seules les convocations du réel garantissent : réel amorphe, sujet atone. De cette nécrose du réel, on peut « en faire une maladie », comme le dit bien le langage populaire. Mais la

vité n'existe dans un contexte qu'en produisant du contexte pour exister. Car les femmes et les hommes ne vivent pas dans un contexte, mais doivent produire du contexte pour vivre. C'est bien là l'équivoque d'ailleurs. Là où réside la possibilité est aussi le risque. Car rien ne garantit à l'avance que cette métamorphose et cette subordination vitales pour eux, grâce à laquelle ils cherchent à apprivoiser la réalité, ne se retournent pas contre eux. C'est bien sûr vrai au plan social. Les « artifices » qu'ils produisent peuvent devenir les instruments d'un vrai « calvaire » (Tosquelles, 2009, p. 39). Mais c'est vrai aussi au plan psychique. S'affranchir des dépendances de la situation concrète peut aussi virer à la maladie.

L'activité fait l'épreuve pratique d'objets ou de relations avec autrui qui lui résistent, qui la dévient, qui l'affectent de toute façon. C'est même au cours de cette activité extérieure que le cercle des processus psychiques s'ouvre au réel qui y fait irruption, selon la jolie formule de Léontiev (1984). Mais ces épreuves ont, dès lors, deux destins possibles. Vivre, c'est pouvoir développer les objets, les destinataires et les instruments de son activité en affectant le monde par son initiative. Quand, à l'inverse, les choses se mettent à avoir entre elles, dans ce monde, des rapports systématiquement indépendants de mon initiative, au mieux, j'y survis. Mon monde se rétrécit. Il redevient simple milieu.

Mais l'activité se trouve alors désaffectée, comme déliée des autres et de moi-même. Dans ce cas, on le sait, on agit sans se sentir actif. Et cette désaffectation diminue le sujet, le déréalise en amputant son pouvoir d'agir (Clot, 2008a). Car le cercle des processus psychiques se referme sur lui-même et ils deviennent intransformables, incarcérés, privés de la plasticité fonctionnelle que seules les convocations du réel garantissent : réel amorphe, sujet atone. De cette nécrose du réel, on peut « en faire une maladie », comme le dit bien le langage populaire. Mais la

maladie peut alors être regardée comme la seule activité qui reste possible pour celui qui la « fait ». On peut la voir comme une paradoxale et dangereuse métamorphose du contexte vital, une manière risquée de s'affranchir des dépendances de la situation concrète ; comme une tentative désespérée de domestiquer un contexte qui rend « la vie impossible ».

La maladie doit donc être aussi envisagée comme une création morbide. L'activité s'engage alors, sans aucunement disparaître, dans une déviation qui tombe en impasse, bifurque sur des circuits centripètes qui dissipent l'énergie subjective. Elle prive en retour de cette énergie les mouvements centrifuges du rapport au réel. Le développement de l'activité du sujet est pris au piège d'une enveloppe qui la protège en la stérilisant. On peut donc penser que l'objet même d'une clinique, au-delà de la clinique du travail, c'est l'activité confisquée par la maladie et qu'il faut lui disputer. Non pas la maladie comme telle, mais l'activité du ou des sujets, recluse dans la maladie. On comprend bien alors que G. Le Blanc ait pu définir la clinique par une sorte de bienveillance dans le travail de restauration des capacités créatrices des sujets (Le Blanc, 2007, 2009). Mais cette bienveillance mérite pourtant qu'on s'y arrête un instant.

Disputer l'activité à la maladie

On le fera encore avec Tosquelles. Il y avait à Saint Alban en Lozère, dans ce drôle d'hôpital psychiatrique, un journal intérieur reprographié. Son nom était le *Trait d'union*. Dans ce journal, entre 1950 et 1962, Tosquelles a écrit très régulièrement des billets adressés à tous, au personnel comme aux malades, de petits articles d'une page ou deux qui ont la simplicité de la vraie profondeur. Le journal conserve la trace d'une posture clinique où la bienveillance est le contraire de ce qu'on pourrait désigner comme une complaisance suspecte à l'égard de la maladie et des malades. Leur plainte n'est jamais prise à la lettre, et leur

maladie peut alors être regardée comme la seule activité qui reste possible pour celui qui la « fait ». On peut la voir comme une paradoxale et dangereuse métamorphose du contexte vital, une manière risquée de s'affranchir des dépendances de la situation concrète ; comme une tentative désespérée de domestiquer un contexte qui rend « la vie impossible ».

La maladie doit donc être aussi envisagée comme une création morbide. L'activité s'engage alors, sans aucunement disparaître, dans une déviation qui tombe en impasse, bifurque sur des circuits centripètes qui dissipent l'énergie subjective. Elle prive en retour de cette énergie les mouvements centrifuges du rapport au réel. Le développement de l'activité du sujet est pris au piège d'une enveloppe qui la protège en la stérilisant. On peut donc penser que l'objet même d'une clinique, au-delà de la clinique du travail, c'est l'activité confisquée par la maladie et qu'il faut lui disputer. Non pas la maladie comme telle, mais l'activité du ou des sujets, recluse dans la maladie. On comprend bien alors que G. Le Blanc ait pu définir la clinique par une sorte de bienveillance dans le travail de restauration des capacités créatrices des sujets (Le Blanc, 2007, 2009). Mais cette bienveillance mérite pourtant qu'on s'y arrête un instant.

Disputer l'activité à la maladie

On le fera encore avec Tosquelles. Il y avait à Saint Alban en Lozère, dans ce drôle d'hôpital psychiatrique, un journal intérieur reprographié. Son nom était le *Trait d'union*. Dans ce journal, entre 1950 et 1962, Tosquelles a écrit très régulièrement des billets adressés à tous, au personnel comme aux malades, de petits articles d'une page ou deux qui ont la simplicité de la vraie profondeur. Le journal conserve la trace d'une posture clinique où la bienveillance est le contraire de ce qu'on pourrait désigner comme une complaisance suspecte à l'égard de la maladie et des malades. Leur plainte n'est jamais prise à la lettre, et leur

maladie peut alors être regardée comme la seule activité qui reste possible pour celui qui la « fait ». On peut la voir comme une paradoxale et dangereuse métamorphose du contexte vital, une manière risquée de s'affranchir des dépendances de la situation concrète ; comme une tentative désespérée de domestiquer un contexte qui rend « la vie impossible ».

La maladie doit donc être aussi envisagée comme une création morbide. L'activité s'engage alors, sans aucunement disparaître, dans une déviation qui tombe en impasse, bifurque sur des circuits centripètes qui dissipent l'énergie subjective. Elle prive en retour de cette énergie les mouvements centrifuges du rapport au réel. Le développement de l'activité du sujet est pris au piège d'une enveloppe qui la protège en la stérilisant. On peut donc penser que l'objet même d'une clinique, au-delà de la clinique du travail, c'est l'activité confisquée par la maladie et qu'il faut lui disputer. Non pas la maladie comme telle, mais l'activité du ou des sujets, recluse dans la maladie. On comprend bien alors que G. Le Blanc ait pu définir la clinique par une sorte de bienveillance dans le travail de restauration des capacités créatrices des sujets (Le Blanc, 2007, 2009). Mais cette bienveillance mérite pourtant qu'on s'y arrête un instant.

Disputer l'activité à la maladie

On le fera encore avec Tosquelles. Il y avait à Saint Alban en Lozère, dans ce drôle d'hôpital psychiatrique, un journal intérieur reprographié. Son nom était le *Trait d'union*. Dans ce journal, entre 1950 et 1962, Tosquelles a écrit très régulièrement des billets adressés à tous, au personnel comme aux malades, de petits articles d'une page ou deux qui ont la simplicité de la vraie profondeur. Le journal conserve la trace d'une posture clinique où la bienveillance est le contraire de ce qu'on pourrait désigner comme une complaisance suspecte à l'égard de la maladie et des malades. Leur plainte n'est jamais prise à la lettre, et leur

maladie peut alors être regardée comme la seule activité qui reste possible pour celui qui la « fait ». On peut la voir comme une paradoxale et dangereuse métamorphose du contexte vital, une manière risquée de s'affranchir des dépendances de la situation concrète ; comme une tentative désespérée de domestiquer un contexte qui rend « la vie impossible ».

La maladie doit donc être aussi envisagée comme une création morbide. L'activité s'engage alors, sans aucunement disparaître, dans une déviation qui tombe en impasse, bifurque sur des circuits centripètes qui dissipent l'énergie subjective. Elle prive en retour de cette énergie les mouvements centrifuges du rapport au réel. Le développement de l'activité du sujet est pris au piège d'une enveloppe qui la protège en la stérilisant. On peut donc penser que l'objet même d'une clinique, au-delà de la clinique du travail, c'est l'activité confisquée par la maladie et qu'il faut lui disputer. Non pas la maladie comme telle, mais l'activité du ou des sujets, recluse dans la maladie. On comprend bien alors que G. Le Blanc ait pu définir la clinique par une sorte de bienveillance dans le travail de restauration des capacités créatrices des sujets (Le Blanc, 2007, 2009). Mais cette bienveillance mérite pourtant qu'on s'y arrête un instant.

Disputer l'activité à la maladie

On le fera encore avec Tosquelles. Il y avait à Saint Alban en Lozère, dans ce drôle d'hôpital psychiatrique, un journal intérieur reprographié. Son nom était le *Trait d'union*. Dans ce journal, entre 1950 et 1962, Tosquelles a écrit très régulièrement des billets adressés à tous, au personnel comme aux malades, de petits articles d'une page ou deux qui ont la simplicité de la vraie profondeur. Le journal conserve la trace d'une posture clinique où la bienveillance est le contraire de ce qu'on pourrait désigner comme une complaisance suspecte à l'égard de la maladie et des malades. Leur plainte n'est jamais prise à la lettre, et leur

activité responsable est toujours sollicitée. En 1951, le vendredi 16 mars, notre auteur parle aux malades ainsi :

« On se dit souvent : seulement à moi m'arrivent des choses pareilles. C'est mon malheur. C'est mon destin particulier. Je suis comme je suis ; on ne peut pas me comprendre. Je suis le seul à savoir l'amertume ou la profondeur de mes maux. Et après avoir bien tourné dans la tête des idées semblables, on s'isole, on s'enferme dans sa bulle, on boude les autres, on devient timide, maussade. Dans le meilleur des cas, on vit parmi les autres, sans les regarder, sans participer à leur vie, sans les reconnaître comme des frères. Dans d'autres cas peut-être plus malheureux, cette façon de se sentir soi-même irréductiblement différent des autres se transforme peu à peu en une erreur bien plus lourde de conséquences. On se dit : ils m'abandonnent, ils sont méchants, ils sont jaloux. Ils m'en veulent. Dès lors, on se défend, on se méfie, on éprouve de la haine. Cependant, si vous saviez écouter, si vous ne vous isoliez pas à la moindre occasion ou excuse, si vous vouliez regarder les autres, malades ou non, tout autour de vous, vous apprendriez dans leurs aveux que tous les humains ont les mêmes problèmes. Au fond, on n'est pas si différent que ça les uns des autres. Alors vous prendriez conscience d'une certaine tricherie que vous vous êtes jouée à vous-même. Vous vous êtes isolé des autres, peut-être pour avoir raison lorsque vous prévoyez de crier au désespoir, au milieu du drame qui nous guette, je suis seul. Et si vous saviez écouter les autres, il vous apparaîtrait clair comme le jour qu'il est toujours possible de se débarrasser de ces "mauvais fondements" [...]. Il n'y a qu'à suivre l'exemple de ce simple et brave Pendariès lorsqu'il disait à Sains, au début de la pastorale de Noël : "Moi je retourne avec les hommes. Un homme parmi les hommes ; ni plus ni moins" » (Tosquelles, 1951).

Ce petit billet du psychiatre catalan est sans doute l'esprit même de son travail : une clinique d'une civilité extrême et pourtant sans complaisance. Elle est tout entière tournée contre la

activité responsable est toujours sollicitée. En 1951, le vendredi 16 mars, notre auteur parle aux malades ainsi :

« On se dit souvent : seulement à moi m'arrivent des choses pareilles. C'est mon malheur. C'est mon destin particulier. Je suis comme je suis ; on ne peut pas me comprendre. Je suis le seul à savoir l'amertume ou la profondeur de mes maux. Et après avoir bien tourné dans la tête des idées semblables, on s'isole, on s'enferme dans sa bulle, on boude les autres, on devient timide, maussade. Dans le meilleur des cas, on vit parmi les autres, sans les regarder, sans participer à leur vie, sans les reconnaître comme des frères. Dans d'autres cas peut-être plus malheureux, cette façon de se sentir soi-même irréductiblement différent des autres se transforme peu à peu en une erreur bien plus lourde de conséquences. On se dit : ils m'abandonnent, ils sont méchants, ils sont jaloux. Ils m'en veulent. Dès lors, on se défend, on se méfie, on éprouve de la haine. Cependant, si vous saviez écouter, si vous ne vous isoliez pas à la moindre occasion ou excuse, si vous vouliez regarder les autres, malades ou non, tout autour de vous, vous apprendriez dans leurs aveux que tous les humains ont les mêmes problèmes. Au fond, on n'est pas si différent que ça les uns des autres. Alors vous prendriez conscience d'une certaine tricherie que vous vous êtes jouée à vous-même. Vous vous êtes isolé des autres, peut-être pour avoir raison lorsque vous prévoyez de crier au désespoir, au milieu du drame qui nous guette, je suis seul. Et si vous saviez écouter les autres, il vous apparaîtrait clair comme le jour qu'il est toujours possible de se débarrasser de ces "mauvais fondements" [...]. Il n'y a qu'à suivre l'exemple de ce simple et brave Pendariès lorsqu'il disait à Sains, au début de la pastorale de Noël : "Moi je retourne avec les hommes. Un homme parmi les hommes ; ni plus ni moins" » (Tosquelles, 1951).

Ce petit billet du psychiatre catalan est sans doute l'esprit même de son travail : une clinique d'une civilité extrême et pourtant sans complaisance. Elle est tout entière tournée contre la

activité responsable est toujours sollicitée. En 1951, le vendredi 16 mars, notre auteur parle aux malades ainsi :

« On se dit souvent : seulement à moi m'arrivent des choses pareilles. C'est mon malheur. C'est mon destin particulier. Je suis comme je suis ; on ne peut pas me comprendre. Je suis le seul à savoir l'amertume ou la profondeur de mes maux. Et après avoir bien tourné dans la tête des idées semblables, on s'isole, on s'enferme dans sa bulle, on boude les autres, on devient timide, maussade. Dans le meilleur des cas, on vit parmi les autres, sans les regarder, sans participer à leur vie, sans les reconnaître comme des frères. Dans d'autres cas peut-être plus malheureux, cette façon de se sentir soi-même irréductiblement différent des autres se transforme peu à peu en une erreur bien plus lourde de conséquences. On se dit : ils m'abandonnent, ils sont méchants, ils sont jaloux. Ils m'en veulent. Dès lors, on se défend, on se méfie, on éprouve de la haine. Cependant, si vous saviez écouter, si vous ne vous isoliez pas à la moindre occasion ou excuse, si vous vouliez regarder les autres, malades ou non, tout autour de vous, vous apprendriez dans leurs aveux que tous les humains ont les mêmes problèmes. Au fond, on n'est pas si différent que ça les uns des autres. Alors vous prendriez conscience d'une certaine tricherie que vous vous êtes jouée à vous-même. Vous vous êtes isolé des autres, peut-être pour avoir raison lorsque vous prévoyez de crier au désespoir, au milieu du drame qui nous guette, je suis seul. Et si vous saviez écouter les autres, il vous apparaîtrait clair comme le jour qu'il est toujours possible de se débarrasser de ces "mauvais fondements" [...]. Il n'y a qu'à suivre l'exemple de ce simple et brave Pendariès lorsqu'il disait à Sains, au début de la pastorale de Noël : "Moi je retourne avec les hommes. Un homme parmi les hommes ; ni plus ni moins" » (Tosquelles, 1951).

Ce petit billet du psychiatre catalan est sans doute l'esprit même de son travail : une clinique d'une civilité extrême et pourtant sans complaisance. Elle est tout entière tournée contre la

activité responsable est toujours sollicitée. En 1951, le vendredi 16 mars, notre auteur parle aux malades ainsi :

« On se dit souvent : seulement à moi m'arrivent des choses pareilles. C'est mon malheur. C'est mon destin particulier. Je suis comme je suis ; on ne peut pas me comprendre. Je suis le seul à savoir l'amertume ou la profondeur de mes maux. Et après avoir bien tourné dans la tête des idées semblables, on s'isole, on s'enferme dans sa bulle, on boude les autres, on devient timide, maussade. Dans le meilleur des cas, on vit parmi les autres, sans les regarder, sans participer à leur vie, sans les reconnaître comme des frères. Dans d'autres cas peut-être plus malheureux, cette façon de se sentir soi-même irréductiblement différent des autres se transforme peu à peu en une erreur bien plus lourde de conséquences. On se dit : ils m'abandonnent, ils sont méchants, ils sont jaloux. Ils m'en veulent. Dès lors, on se défend, on se méfie, on éprouve de la haine. Cependant, si vous saviez écouter, si vous ne vous isoliez pas à la moindre occasion ou excuse, si vous vouliez regarder les autres, malades ou non, tout autour de vous, vous apprendriez dans leurs aveux que tous les humains ont les mêmes problèmes. Au fond, on n'est pas si différent que ça les uns des autres. Alors vous prendriez conscience d'une certaine tricherie que vous vous êtes jouée à vous-même. Vous vous êtes isolé des autres, peut-être pour avoir raison lorsque vous prévoyez de crier au désespoir, au milieu du drame qui nous guette, je suis seul. Et si vous saviez écouter les autres, il vous apparaîtrait clair comme le jour qu'il est toujours possible de se débarrasser de ces "mauvais fondements" [...]. Il n'y a qu'à suivre l'exemple de ce simple et brave Pendariès lorsqu'il disait à Sains, au début de la pastorale de Noël : "Moi je retourne avec les hommes. Un homme parmi les hommes ; ni plus ni moins" » (Tosquelles, 1951).

Ce petit billet du psychiatre catalan est sans doute l'esprit même de son travail : une clinique d'une civilité extrême et pourtant sans complaisance. Elle est tout entière tournée contre la

propension chez le malade à mettre le contexte de sa vie au service de la maladie. Celle-ci lui sert alors paradoxalement de refuge incertain et fascinant et peut devenir « une drogue dure dont il faut toujours davantage augmenter les doses et dont il est impossible de se sevrer tout seul », pour reprendre les mots de Zaltzman (1998, p. 80). Tosquelles, en proposant aux malades internés de revenir prendre leur place parmi les hommes, ne compte pas benoîtement sur la bonne volonté ou sur le sursaut d'un héros psychique. C'est le contraire : il connaît les risques à prendre par le malade pour le renoncement qu'il lui propose. Retourner avec les autres c'est le déplaisir assuré des retrouvailles avec les conflits du réel que la maladie « contient ». Et ce, éventuellement mais sans garantie, pour leur trouver un autre destin. Son travail clinique, il le voit comme une lutte à l'issue indécidable à l'avance entre ce nouveau destin possible, le risque qui s'y attache, et la tentation inverse : cette aimantation dangereuse qui pousse à substituer à la tâche de vivre les buts fictifs et éreintants de la maladie psychique. Chez le patient, il veut toujours voir l'activité qui hésite – si peu que ce soit – à regagner le cours possible de la vie commune. Car se donner la peine de vivre ne peut jamais se faire seul.

Soigner l'humanisation

Point décisif, ce renoncement à l'autarcie du soi, à ce solo du moi qu'il définit comme une certaine « tricherie avec soi-même », il en trouve les ressorts non pas dans la seule aide qu'on doit bien sûr apporter au malade mais dans l'effort qu'on lui demande pour domestiquer l'hôpital, avec l'hôpital, contre l'hôpital et au-delà de l'hôpital. C'est à un retournement de la prise en charge que procède Tosquelles. La prise en charge du patient par l'hôpital a tout à gagner de la prise en charge de l'hôpital par le malade. L'ergothérapie de Tosquelles est une drôle d'ergothérapie quand on la regarde d'aujourd'hui : le contraire même

propension chez le malade à mettre le contexte de sa vie au service de la maladie. Celle-ci lui sert alors paradoxalement de refuge incertain et fascinant et peut devenir « une drogue dure dont il faut toujours davantage augmenter les doses et dont il est impossible de se sevrer tout seul », pour reprendre les mots de Zaltzman (1998, p. 80). Tosquelles, en proposant aux malades internés de revenir prendre leur place parmi les hommes, ne compte pas benoîtement sur la bonne volonté ou sur le sursaut d'un héros psychique. C'est le contraire : il connaît les risques à prendre par le malade pour le renoncement qu'il lui propose. Retourner avec les autres c'est le déplaisir assuré des retrouvailles avec les conflits du réel que la maladie « contient ». Et ce, éventuellement mais sans garantie, pour leur trouver un autre destin. Son travail clinique, il le voit comme une lutte à l'issue indécidable à l'avance entre ce nouveau destin possible, le risque qui s'y attache, et la tentation inverse : cette aimantation dangereuse qui pousse à substituer à la tâche de vivre les buts fictifs et éreintants de la maladie psychique. Chez le patient, il veut toujours voir l'activité qui hésite – si peu que ce soit – à regagner le cours possible de la vie commune. Car se donner la peine de vivre ne peut jamais se faire seul.

Soigner l'humanisation

Point décisif, ce renoncement à l'autarcie du soi, à ce solo du moi qu'il définit comme une certaine « tricherie avec soi-même », il en trouve les ressorts non pas dans la seule aide qu'on doit bien sûr apporter au malade mais dans l'effort qu'on lui demande pour domestiquer l'hôpital, avec l'hôpital, contre l'hôpital et au-delà de l'hôpital. C'est à un retournement de la prise en charge que procède Tosquelles. La prise en charge du patient par l'hôpital a tout à gagner de la prise en charge de l'hôpital par le malade. L'ergothérapie de Tosquelles est une drôle d'ergothérapie quand on la regarde d'aujourd'hui : le contraire même

propension chez le malade à mettre le contexte de sa vie au service de la maladie. Celle-ci lui sert alors paradoxalement de refuge incertain et fascinant et peut devenir « une drogue dure dont il faut toujours davantage augmenter les doses et dont il est impossible de se sevrer tout seul », pour reprendre les mots de Zaltzman (1998, p. 80). Tosquelles, en proposant aux malades internés de revenir prendre leur place parmi les hommes, ne compte pas benoîtement sur la bonne volonté ou sur le sursaut d'un héros psychique. C'est le contraire : il connaît les risques à prendre par le malade pour le renoncement qu'il lui propose. Retourner avec les autres c'est le déplaisir assuré des retrouvailles avec les conflits du réel que la maladie « contient ». Et ce, éventuellement mais sans garantie, pour leur trouver un autre destin. Son travail clinique, il le voit comme une lutte à l'issue indécidable à l'avance entre ce nouveau destin possible, le risque qui s'y attache, et la tentation inverse : cette aimantation dangereuse qui pousse à substituer à la tâche de vivre les buts fictifs et éreintants de la maladie psychique. Chez le patient, il veut toujours voir l'activité qui hésite – si peu que ce soit – à regagner le cours possible de la vie commune. Car se donner la peine de vivre ne peut jamais se faire seul.

Soigner l'humanisation

Point décisif, ce renoncement à l'autarcie du soi, à ce solo du moi qu'il définit comme une certaine « tricherie avec soi-même », il en trouve les ressorts non pas dans la seule aide qu'on doit bien sûr apporter au malade mais dans l'effort qu'on lui demande pour domestiquer l'hôpital, avec l'hôpital, contre l'hôpital et au-delà de l'hôpital. C'est à un retournement de la prise en charge que procède Tosquelles. La prise en charge du patient par l'hôpital a tout à gagner de la prise en charge de l'hôpital par le malade. L'ergothérapie de Tosquelles est une drôle d'ergothérapie quand on la regarde d'aujourd'hui : le contraire même

propension chez le malade à mettre le contexte de sa vie au service de la maladie. Celle-ci lui sert alors paradoxalement de refuge incertain et fascinant et peut devenir « une drogue dure dont il faut toujours davantage augmenter les doses et dont il est impossible de se sevrer tout seul », pour reprendre les mots de Zaltzman (1998, p. 80). Tosquelles, en proposant aux malades internés de revenir prendre leur place parmi les hommes, ne compte pas benoîtement sur la bonne volonté ou sur le sursaut d'un héros psychique. C'est le contraire : il connaît les risques à prendre par le malade pour le renoncement qu'il lui propose. Retourner avec les autres c'est le déplaisir assuré des retrouvailles avec les conflits du réel que la maladie « contient ». Et ce, éventuellement mais sans garantie, pour leur trouver un autre destin. Son travail clinique, il le voit comme une lutte à l'issue indécidable à l'avance entre ce nouveau destin possible, le risque qui s'y attache, et la tentation inverse : cette aimantation dangereuse qui pousse à substituer à la tâche de vivre les buts fictifs et éreintants de la maladie psychique. Chez le patient, il veut toujours voir l'activité qui hésite – si peu que ce soit – à regagner le cours possible de la vie commune. Car se donner la peine de vivre ne peut jamais se faire seul.

Soigner l'humanisation

Point décisif, ce renoncement à l'autarcie du soi, à ce solo du moi qu'il définit comme une certaine « tricherie avec soi-même », il en trouve les ressorts non pas dans la seule aide qu'on doit bien sûr apporter au malade mais dans l'effort qu'on lui demande pour domestiquer l'hôpital, avec l'hôpital, contre l'hôpital et au-delà de l'hôpital. C'est à un retournement de la prise en charge que procède Tosquelles. La prise en charge du patient par l'hôpital a tout à gagner de la prise en charge de l'hôpital par le malade. L'ergothérapie de Tosquelles est une drôle d'ergothérapie quand on la regarde d'aujourd'hui : le contraire même

du traitement des symptômes par la laborieuse occupation du malade. Le contraire d'un usage narcotique du travail. Il écrit : « Il ne s'agit pas de faire travailler les malades pour diminuer tel symptôme ou tel autre. Il s'agit de faire travailler les malades et le personnel soignant, pour soigner l'institution : pour que l'institution et les soignants saisissent sur le vif que les malades sont des êtres humains, toujours responsables de ce qu'ils font, ce qui ne peut être mis en évidence qu'à condition de faire quelque chose » (2009, p. 79).

Faire quelque chose ici, c'est soigner l'hôpital et le transformer en sur-destinataire de l'effort consenti. Non qu'il faille relâcher l'attention dans les soins apportés au malade. P. Delion a montré quel clinicien était Tosquelles de ce point de vue (Delion, 2007, p. 306). Mais il y a autre chose, quelque chose comme une recatégorisation du concept de soin. Prendre soin de l'hôpital, c'est le maintenir en état d'accueillir l'initiative du malade et, mieux encore, de faire de cette initiative une institution susceptible de supporter le processus d'humanisation mentionnée ci-dessus. C'est là ce que Tosquelles appelle ergothérapie. Ce soin singulier qui fait de l'hôpital, contre vents et marrées, l'objet de l'activité des malades et des soignants est un renversement clinique majeur. Car ici la solitude n'est pas rompue par la seule présence des autres. La reconnaissance ne vient d'eux que par l'entremise d'autre chose. Elle n'est pas directe. Ne pas se sentir seul ou encore mieux, devenir enfin capable de l'être⁴, c'est se reconnaître dans *quelque chose* qu'on fait ensemble et qui dépasse chacun : une histoire, une institution dont on se sent comptable et qu'on fait sienne justement parce qu'on y a mis du sien. *Quelque chose à quoi l'on tient*. Ici l'activité n'est plus seu-

4. On reconnaîtra ici un souci de Winnicott même si l'approche vygotkienne lui donne une autre assise. Voir sur ce point les remarques intéressantes de A. Phillips (2008, p. 189-191).

du traitement des symptômes par la laborieuse occupation du malade. Le contraire d'un usage narcotique du travail. Il écrit : « Il ne s'agit pas de faire travailler les malades pour diminuer tel symptôme ou tel autre. Il s'agit de faire travailler les malades et le personnel soignant, pour soigner l'institution : pour que l'institution et les soignants saisissent sur le vif que les malades sont des êtres humains, toujours responsables de ce qu'ils font, ce qui ne peut être mis en évidence qu'à condition de faire quelque chose » (2009, p. 79).

Faire quelque chose ici, c'est soigner l'hôpital et le transformer en sur-destinataire de l'effort consenti. Non qu'il faille relâcher l'attention dans les soins apportés au malade. P. Delion a montré quel clinicien était Tosquelles de ce point de vue (Delion, 2007, p. 306). Mais il y a autre chose, quelque chose comme une recatégorisation du concept de soin. Prendre soin de l'hôpital, c'est le maintenir en état d'accueillir l'initiative du malade et, mieux encore, de faire de cette initiative une institution susceptible de supporter le processus d'humanisation mentionnée ci-dessus. C'est là ce que Tosquelles appelle ergothérapie. Ce soin singulier qui fait de l'hôpital, contre vents et marrées, l'objet de l'activité des malades et des soignants est un renversement clinique majeur. Car ici la solitude n'est pas rompue par la seule présence des autres. La reconnaissance ne vient d'eux que par l'entremise d'autre chose. Elle n'est pas directe. Ne pas se sentir seul ou encore mieux, devenir enfin capable de l'être⁴, c'est se reconnaître dans *quelque chose* qu'on fait ensemble et qui dépasse chacun : une histoire, une institution dont on se sent comptable et qu'on fait sienne justement parce qu'on y a mis du sien. *Quelque chose à quoi l'on tient*. Ici l'activité n'est plus seu-

4. On reconnaîtra ici un souci de Winnicott même si l'approche vygotkienne lui donne une autre assise. Voir sur ce point les remarques intéressantes de A. Phillips (2008, p. 189-191).

du traitement des symptômes par la laborieuse occupation du malade. Le contraire d'un usage narcotique du travail. Il écrit : « Il ne s'agit pas de faire travailler les malades pour diminuer tel symptôme ou tel autre. Il s'agit de faire travailler les malades et le personnel soignant, pour soigner l'institution : pour que l'institution et les soignants saisissent sur le vif que les malades sont des êtres humains, toujours responsables de ce qu'ils font, ce qui ne peut être mis en évidence qu'à condition de faire quelque chose » (2009, p. 79).

Faire quelque chose ici, c'est soigner l'hôpital et le transformer en sur-destinataire de l'effort consenti. Non qu'il faille relâcher l'attention dans les soins apportés au malade. P. Delion a montré quel clinicien était Tosquelles de ce point de vue (Delion, 2007, p. 306). Mais il y a autre chose, quelque chose comme une recatégorisation du concept de soin. Prendre soin de l'hôpital, c'est le maintenir en état d'accueillir l'initiative du malade et, mieux encore, de faire de cette initiative une institution susceptible de supporter le processus d'humanisation mentionnée ci-dessus. C'est là ce que Tosquelles appelle ergothérapie. Ce soin singulier qui fait de l'hôpital, contre vents et marrées, l'objet de l'activité des malades et des soignants est un renversement clinique majeur. Car ici la solitude n'est pas rompue par la seule présence des autres. La reconnaissance ne vient d'eux que par l'entremise d'autre chose. Elle n'est pas directe. Ne pas se sentir seul ou encore mieux, devenir enfin capable de l'être⁴, c'est se reconnaître dans *quelque chose* qu'on fait ensemble et qui dépasse chacun : une histoire, une institution dont on se sent comptable et qu'on fait sienne justement parce qu'on y a mis du sien. *Quelque chose à quoi l'on tient*. Ici l'activité n'est plus seu-

4. On reconnaîtra ici un souci de Winnicott même si l'approche vygotkienne lui donne une autre assise. Voir sur ce point les remarques intéressantes de A. Phillips (2008, p. 189-191).

du traitement des symptômes par la laborieuse occupation du malade. Le contraire d'un usage narcotique du travail. Il écrit : « Il ne s'agit pas de faire travailler les malades pour diminuer tel symptôme ou tel autre. Il s'agit de faire travailler les malades et le personnel soignant, pour soigner l'institution : pour que l'institution et les soignants saisissent sur le vif que les malades sont des êtres humains, toujours responsables de ce qu'ils font, ce qui ne peut être mis en évidence qu'à condition de faire quelque chose » (2009, p. 79).

Faire quelque chose ici, c'est soigner l'hôpital et le transformer en sur-destinataire de l'effort consenti. Non qu'il faille relâcher l'attention dans les soins apportés au malade. P. Delion a montré quel clinicien était Tosquelles de ce point de vue (Delion, 2007, p. 306). Mais il y a autre chose, quelque chose comme une recatégorisation du concept de soin. Prendre soin de l'hôpital, c'est le maintenir en état d'accueillir l'initiative du malade et, mieux encore, de faire de cette initiative une institution susceptible de supporter le processus d'humanisation mentionnée ci-dessus. C'est là ce que Tosquelles appelle ergothérapie. Ce soin singulier qui fait de l'hôpital, contre vents et marrées, l'objet de l'activité des malades et des soignants est un renversement clinique majeur. Car ici la solitude n'est pas rompue par la seule présence des autres. La reconnaissance ne vient d'eux que par l'entremise d'autre chose. Elle n'est pas directe. Ne pas se sentir seul ou encore mieux, devenir enfin capable de l'être⁴, c'est se reconnaître dans *quelque chose* qu'on fait ensemble et qui dépasse chacun : une histoire, une institution dont on se sent comptable et qu'on fait sienne justement parce qu'on y a mis du sien. *Quelque chose à quoi l'on tient*. Ici l'activité n'est plus seu-

4. On reconnaîtra ici un souci de Winnicott même si l'approche vygotkienne lui donne une autre assise. Voir sur ce point les remarques intéressantes de A. Phillips (2008, p. 189-191).