

## **POUR UNE DEMARCHE ERGOPSYCHIATRIQUE CLINIQUE EN GESTES**

*Enio Rodrigues da Silva<sup>1</sup>*

Dans les années 1970, les traitements réservés aux malades des hôpitaux psychiatriques ont été vivement critiqués au Brésil. Il faudra pourtant attendre le début des années 1990 pour que les premiers services publics ouverts de substitution à l'enfermement asilaire soient créés, dont les Centres d'Attention Psychosociale (CAPS), et pour que la loi impulse une nouvelle dynamique de réseau de services pour remplacer les hôpitaux avec ce qu'on désigne par « Réforme psychiatrique ». Trente ans plus tard, on peut se demander si les CAPS ont transformé les pratiques qui ont constitué l'histoire de la psychiatrie, de nombreuses questions se posent.

Quelles sont les normes véhiculées dans la Réforme Psychiatrique brésilienne ? En quoi sont-elles différentes des précédentes ? En quoi ont-elles transformé le métier de psychiatre ? Quelles sont les difficultés actuelles de ce métier exercé en « milieu ouvert » ? En quoi l'ergologie s'avère précieuse pour connaître et concevoir autrement le métier ? Comment fabriquer de nouveaux concepts qui rendent mieux compte de l'activité d'un psychiatre travaillant dans un CAPS ? Comment transformer la conception même du métier de psychiatre dans un service public ? Autant de questions que nous posons en tant que professionnel travaillant depuis dix-sept ans dans un CAPS, et auxquelles cet article apportera des éléments de réponse étayés par des concepts et méthodes issus principalement de l'ergologie<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Je remercie Dominique Efros pour l'aide qu'elle m'a apportée sur la forme de cet article et pour les discussions que nous avons eues à cette occasion.

<sup>2</sup> Ce texte traduit des questions soulevées par ma propre expérience du métier de médecin psychiatre, redoublée du métier d'enseignant en Psychiatrie et Santé

Après un bref retour sur quelques repères concernant la psychiatrie au Brésil et l'exercice du métier de psychiatre en milieu ouvert, nous évoquerons les difficultés que cela pose aux professionnels. Puis nous ferons la démonstration de la pertinence de l'ergologie pour connaître l'activité du psychiatre et pour élaborer une « ergopsychiatrie », faite de concepts appropriés au champ de la santé mentale et fabriqués à partir de l'analyse de l'« agir compétent » en situations réelles. Le concept de « geste du métier » en sera un exemple. L'objectif sous-jacent de cet article est de mettre en dialogue des savoirs institués et des savoirs d'expérience (Schwartz et Durrive, 2003) pour tendre vers une psychiatrie ouverte toujours plus à l'écoute de la parole des patients, pour promouvoir des « dialogues ergologiques » dans le milieu des services publics ouverts en santé mentale.

## **1. Réforme psychiatrique et Ergologie : une rencontre entre philosophies**

### ***1.1. De l'enfermement à la désinstitutionalisation***

La psychiatrie commence à se développer au Brésil à partir de la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle, avec la création du premier hospice en 1852 à Rio de Janeiro, sous le règne de l'empereur Dom Pedro II. L'internement hospitalier sera la seule modalité de traitement des « aliénés » jusqu'aux années 1920, époque où des dispensaires vont commencer à offrir des traitements ambulatoires. Cette opposition entre prise en charge par des hôpitaux ou par des structures extrahospitalières atteindra son paroxysme avec la multiplication des cliniques privées sous le régime militaire instauré en 1964. Les dispensaires et les hôpitaux publics manquant de moyens, les établissements privés se multiplieront, créant une véritable « industrie de la folie » dans laquelle l'efficacité des traitements ne sera pas automatiquement le premier objectif.

---

Mentale. Ces questions m'ont conduit à reprendre des études universitaires en « sciences humaines et sociales », à travers un parcours de recherche qui a commencé en 2008 et n'est pas terminé aujourd'hui. Je mentionnerai les étapes de ce parcours au fur et à mesure des nécessités de l'écriture.

Cette industrie, et plus largement l'enfermement asilaire, sera dénoncée à la fin des années 1970 par le *Mouvement des travailleurs en santé mentale* et dans les congrès internationaux qui seront organisés, dont le premier congrès de psychiatrie de Minas Gerais en 1979 qui accueille l'illustre psychiatre, Franco Basaglia, fondateur de la « psychiatrie démocratique italienne » dans les années 1960, et dont le combat pour le droit des individus psychiatisés sera à l'origine de la loi de 1978 instaurant la fermeture des hôpitaux psychiatriques en Italie. Au Brésil, si le nombre d'hôpitaux psychiatriques n'a pas cessé d'augmenter dans les années 1980, tout comme les déclarations de décès et les dénonciations pour maltraitance (Arbeix, 2013), le nouveau gouvernement réorganise la santé publique et développe le « Système Unique de Santé » (SUS) qui permettra aux municipalités de développer des prises en charge médicales, notamment en santé mentale. C'est ainsi qu'à partir de 1989, certaines initiatives modifièrent le scénario brésilien. Les municipalités de Santos et de São Paulo ont créé leurs premiers « services ouverts ».

C'est aussi à cette époque que furent posées les bases d'un *Mouvement national de lutte antimanicomiale brésilienne*, de lutte contre la mise à l'écart dans des institutions asilaires. Dans l'Etat du Minas Gerais, un audit des trente six hôpitaux psychiatriques a été réalisé en 1991. Ces établissements totalisaient 8 100 lits et 69 % d'entre eux ne disposaient pas de conditions d'hygiène adaptées (par exemple, il existait des cellules sans éclairage et sans ventilation), ni de l'espace minimum nécessaire entre les lits. Quant à la nature des traitements, l'audit constatait que 84 % des patients étaient en condition de pouvoir quitter l'hôpital<sup>3</sup>.

En 1994, la création du *Forum de santé mentale de Minas Gerais* et de l'*Association des usagers de santé mentale de Minas Gerais* (ASSUSAM) marquera le début d'une nouvelle ère, avec l'ouverture et l'implantation d'un réseau de services publics territoriaux de substitution aux hôpitaux psychiatriques. Mais c'est surtout avec la loi Paulo Delgado de 2001 que ces services se développeront. Il s'agit des centres d'attention psychosociale (CAPS), des services résidentiels thérapeutiques pour la dé-hospitalisation des

---

<sup>3</sup> Source : Ministère de la Santé Mentale.

patients chroniques, des centres de socialisation pour la post-crise et des ateliers thérapeutiques, des coopératives de travail etc. Dans le domaine de la protection et des droits des personnes atteintes de troubles mentaux, cette loi a fait prévaloir les traitements des services de substitution puisque ce n'est que lorsque leur inefficacité a été démontrée qu'un placement en institution peut être envisagé. En quoi les principes de cette réforme s'opposent à la conception traditionnelle de la psychiatrie ?

### **1.2. De la violence intrusive à l'écoute préalable**

Depuis la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle des psychiatries réformistes ont eu pour objectif de transformer les façons de concevoir la folie et de concevoir des traitements :

*La psychothérapie institutionnelle et les communautés thérapeutiques – réformes limitées à l'hospitalisation psychiatrique ; la psychiatrie française de secteur et la psychiatrie américaine de prévention – un niveau qui va au-delà des réformes de l'hospitalisation psychiatrique ; l'antipsychiatrie (un questionnement épistémologique de la psychiatrie) et les expériences qui ont surgi après Franco Basaglia (Amarante, 1995, p. 27).*

Pour ce qui concerne la Réforme Psychiatrique brésilienne, elle a été influencée par la Réforme démocratique italienne et par la Réforme française (Passos, 2008 ; Coupechoux, 2006)<sup>4</sup>. Le mouvement anti-asilaire a puisé ses principales sources théoriques chez Franco Basaglia et Michel Foucault pour dénoncer la violence institutionnelle, les rapports de pouvoir et d'oppression, ainsi que chez Robert Castel pour démontrer le processus d'exclusion de la société de ces patients et l'assimilation politique entre pauvreté, dangerosité et folie.

L'asile doit être remis en cause, de même que le savoir psychiatrique et le pouvoir du psychiatre. La psychiatrie plaçait le sujet entre parenthèse pour ne s'occuper que de sa maladie (Amarante, 1995). Les singularités individuelles disparaissaient sous des symptômes que seul le psychiatre pouvait diagnostiquer pour décider

---

<sup>4</sup> Aujourd'hui on voit que le système de traitement brésilien se situe entre les deux systèmes, comme le montre l'analyse des deux réseaux de santé mentale des villes de Belo Horizonte et de Betim, dans l'Etat du Minas Gerais.

du traitement à suivre. La réforme va promouvoir le travail en équipes interdisciplinaires, sans hiérarchie ni centralisation des savoirs et pouvoirs, le psychiatre n'occupant plus une place centrale. S'il existe une « place centrale », elle doit être occupée par le patient à la recherche d'un traitement, aidé en cela par toute une équipe.

Dès l'origine, la psychiatrie a puisé ses savoirs dans différentes disciplines et courants de pensée, ce qui permet de la caractériser comme un « hybride constitutionnel » :

*Toute et n'importe quelle psychiatrie a deux bases : celle de la médecine ou de neurosciences et l'autre, peut-être, celle de la psychologie cognitive, ou bien celle de la phénoménologie, ou encore celle de la psychanalyse... Elle n'est ni entièrement médicale, ni tout à fait humaine. Elle est hybride sous certains aspects* (Psychiatre 1, apud Silva, 2010, p. 134)<sup>5</sup>.

Le mouvement anti-asilaire a impulsé un processus de déconstruction et de reconstruction des concepts de la psychiatrie. Il a suscité la réflexion critique sur les manières de définir la santé et la maladie mentale l'aliénation, l'anormalité et sur les pratiques psychiatriques telles que l'isolement. Il a guidé la recherche de nouvelles façons de concevoir une thérapie ouverte sur la société, en rapport étroit avec le milieu et la famille du patient, dans un objectif d'autonomie et de (ré)insertion sociale, chaque patient étant considéré comme un citoyen ayant des droits.

La Réforme brésilienne a eu pour objectif explicite d'humaniser les pratiques en santé mentale, de transformer les relations entre professionnels et patients : elle a incité à prendre en compte les aspects psychosociaux liés aux troubles mentaux, à développer une approche clinique globale, à élaborer un projet thérapeutique individualisé (PTI), intégrant les singularités de chaque patient. Ainsi, en vertu de cette décentralisation, chacun des « techniciens » doit pouvoir accueillir le patient, en construisant le cas à partir de la triade clinique : le « vide conceptuel », l'écoute et la subjectivité.

---

<sup>5</sup> Les propos de ce psychiatre résultent d'entretiens que nous présentons plus loin. Voir la note n° 15.

Changements des relations aux patients, mais aussi changement des relations entre professionnels pour qu'ils apprennent à travailler ensemble, à partager leurs savoirs d'expérience, à faire circuler les savoirs sur la folie et les pratiques psychiatriques, à aller au-delà des spécificités de métiers pour réaliser une *Clinique de Référence* et agir comme « technicien de référence » pour les patients. Dans cette nouvelle configuration, le psychiatre n'occupe plus une position centrale dans les relations en termes de savoir et de pouvoir. Sa position n'est pas facile à tenir car il reste l'un des responsables pour l'élaboration des projets thérapeutiques individualisés, mais il doit les élaborer en équipe et pour cela, faciliter les échanges et débats autour des patients et des pratiques thérapeutiques individuelles et collectives. C'est l'une des raisons majeures pour lesquelles il nous semble pleinement justifié de s'interroger sur le travail et le métier de psychiatre dans des services ouverts, et pour cela l'ergologie nous particulièrement appropriée.

### ***1.3. La démarche ergologique : un inconfort intellectuel et une utopie nécessaires***

Les études et connaissances sur le travail humain ont beaucoup progressé ces cinquante dernières années, notamment avec la critique du taylorisme : l'homme n'est pas une machine à produire du travail mais un être composé d'un corps, d'une âme, d'un esprit, d'une subjectivité, d'une psyché, en immersion dans un environnement déterminé. Autrement dit l'homme est un « corps-soi » dans l'histoire, et dans l'histoire de son corps-soi (Schwartz, 1992). Nous allons nous appuyer sur l'ergonomie et l'ergologie pour développer notre interrogation actuelle sur le travail du psychiatre, et plus précisément, sur « l'expérience des normes » (Durrive, 2014, 2015) que fait le psychiatre dans son activité de travail.

L'ergonomie a utilisé la distinction entre travail prescrit et travail réel pour étudier les activités de travail et démontrer qu'il y a toujours un écart entre ce qui a été prévu et programmé pour réaliser une tâche et ce qui se produit réellement au moment de la réalisation de la tâche. L'existence de cette distance entre prescrit et réel a été fondamentale pour l'ergologie qui cherche à produire des connaissances sur l'activité humaine de travail. Cette activité tient compte des prescriptions, des normes antécédentes, des savoirs

constitués (académiques ou autres) qui lui dictent comment faire. Mais le faire est par définition irrégulier car il dépend des variabilités du milieu au moment de l'action et qu'il reflète la subjectivité humaine. Il est impossible et invivable de travailler en ne faisant que suivre strictement des normes et des prescriptions. L'activité est toujours une gestion des différences entre travail prescrit et travail réel, entre savoirs constitués pensés avant que l'action n'ait lieu et savoirs de l'expérience investis dans l'ici et maintenant, et qui comprennent les affects et le comportement du sujet agissant et de ceux d'autrui. Cette gestion de différences induit des débats de normes et de valeurs qui contribueront à la « renormalisation » et à la re-singularisation de l'activité en temps réel de travail.

Si on considère donc l'activité de travail du point de vue de l'expérience du travailleur et des renormalisations qu'il fait quand il agit, l'activité est une énigme qu'il faut déchiffrer en tenant compte de son caractère subversif et transgressif relativement aux normes encadrant les situations car :

*« (...) on ne peut pas concevoir de l'activité sans quelque chose comme l'entrave. L'idée d'« activité entravée » à la limite, c'est un truisme. S'il y a de l'activité, c'est bien parce que la vie est toujours dans un va-et-vient, prise dans des contradictions, en germe entre normes antécédentes et tendances à renormaliser ; et l'arbitrage est toujours incertain » (Schwartz, 2009, p. 55)*

Ce caractère énigmatique de l'activité traduit une complexité qu'on ne peut pas approcher exclusivement sur la base de savoirs déjà constitués, académiques. Cela signifie aussi qu'il est impossible de vouloir connaître exhaustivement le réel ou saisir le tout de l'activité humaine, il y aura toujours quelque chose qui nous échappera dès lors qu'il s'agit de l'expérience, de ce que l'homme sait faire sans qu'il sache expliquer ce qu'il fait. D'où tire-t-il les enseignements de son savoir-faire ? La réponse est difficile pour ne pas dire impossible, d'où cet inconfort intellectuel pour celui qui cherche à connaître une activité.

L'ergologie rejoint donc la philosophie de la Réforme psychiatrique brésilienne sur un principe majeur : on ne peut pas définir une situation ou un traitement, *a priori*, sur la seule base de savoirs abstraits et généraux, il est nécessaire de passer par

l'expérience et la parole du travailleur pour connaître son activité, par la parole du patient singulier pour mieux connaître la nature de ses troubles. Elle la rejoint aussi sur une autre exigence : la nécessité de déconstruire des concepts pour en élaborer d'autres en/dans l'activité, concepts et savoirs qu'elle puise dans différentes disciplines pour tenter de traduire le réel. Les concepts proposés et/ou travaillés par l'ergologie sont nombreux : renormalisation, normes antécédentes, débat de normes et de valeur, double anticipation, savoirs constitués et savoirs investis, entités collectives relativement pertinentes, ingrédients de la compétence, marges de manœuvre et réserves d'alternatives, corps-soi et dramatiques d'usage de soi par soi et par les autres, travail d'équipe, rencontre des rencontres etc. En termes de méthode, le « dispositif dynamique a trois pôles » semble particulièrement approprié pour poursuivre les objectifs de la Réforme, dès lors qu'il vise à faire s'entrecroiser différents savoirs et points de vue pour comprendre l'homme et son existence dans le monde du travail, entre normes et renormalisation, entre concept et vie (Durrive, 2014, 2015). Ces concepts sont autant d'outils que nous utilisons pour réfléchir à la pratique clinique dans le cadre des services en santé mentale.

Nous avançons l'idée d'une « ergopsychiatrie » pour faire exister cette rencontre entre philosophie de la réforme et démarche ergologique. L'ergologie est une approche pluridisciplinaire des activités humaines, une philosophie de la connaissance et de la fabrication des concepts, une posture qui va au-delà du champ du travail, pour investir la vie au quotidien. Elle nous fournit une méthode pour confronter les normes et concepts de la psychiatrie classique à ceux de la Réforme, pour penser des réserves d'alternatives. Serait-elle une utopie ? Certes, juste nécessaire pour nous inciter à mieux connaître nos activités, à mieux connaître le travail et à pouvoir le transformer au fur et à mesure des possibilités matérielles concrètes.

Avant de développer ce projet d'une ergopsychiatrie, apportons des éléments de connaissance sur ce que sont les CAPS et rapportons les résultats d'une première étude qui pose de multiples questions sur la mise en œuvre de la philosophie de la Réforme psychiatrique.



## **2. Le travail des professionnels en CAPS : des réalités contradictoires**

### **2.1. Des services hybrides**

Le premier CAPS a été créé à São Paulo en 1987. Dans les années 1990, il y avait encore très peu de services ouverts, c'est surtout à partir des années 2000 que leur nombre a augmenté. Selon les chiffres du Ministère de la Santé, le nombre de CAPS a été multiplié par cinq en six ans, entre 2000 et 2006, passant de 208 à 1011. En rapport à la population brésilienne, cela restait encore très peu, mais leur nombre continue à augmenter. Actuellement il y aurait environ 1900 CAPS au Brésil<sup>6</sup>.

Les CAPS sont destinés aux crises de souffrance psychique de patients psychotiques ou névrotiques graves, ils sont spécialisés par type de public : adultes, enfants ou jeunes, usagers de drogues. Ce sont des unités de santé mentale locales inscrites dans un territoire et pour une population donnée<sup>7</sup>. Ces centres assument diverses fonctions, dont fournir des soins cliniques ambulatoires, organiser le réseau de soins dans les municipalités et être un centre d'expertise pour le réseau d'assistance territoriale en matière de santé mentale, promouvoir l'inclusion sociale des patients par des actions communes à différents secteurs du champ de la santé, par l'accès aux loisirs, au travail, aux droits civiques, par l'implication des familles et de l'environnement du patient<sup>8</sup>. Leur mission est de prévenir et éviter les admissions dans les hôpitaux, notamment en impliquant les malades dans la mise au point de leur traitement.

---

<sup>6</sup> Voir le site : <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outros-centros-atencao-psicossocial.html>

<sup>7</sup> Les CAPS I s'inscrivent dans un territoire ayant une population entre 20 000 et 70 000 habitants ; les CAPS II, pour une population de 70 000 à 200 000 habitants et les CAPS III concernent les territoires comprenant plus de 200 000 habitants. (ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL, 2006).

<sup>8</sup> La loi de l'Etat du Minas Gerais n° 11.802 du 18 Janvier 1995 et la loi fédérale n° 10.216 du 6 avril 2001 définissent les attributions des CAPS, complétées par l'ordonnance ministérielle n° 336/GM du 19 février 2002. Dans l'Etat de Minas Gerais, à Belo Horizonte et Betim, on les appelle des Centres de Référence en Santé Mentale (CERSAM).

Les CAPS III proposent des services en continu, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. Ce sont des services hybrides, tout comme l'est la psychiatrie, entre prise en charge d'urgences et permanence des soins pendant la journée et la nuit, auxquelles s'ajoutent les consultations externes. Trois types de traitement sont envisagés selon les besoins du patient et la construction du cas clinique : traitement intensif en cas de souffrance psychique grave ou de crise nécessitant une attention continue, y compris un hébergement de nuit ; traitement semi-intensif de cinq jours par semaine quand la souffrance a diminué et qu'il y a possibilité d'établir des relations sociales ; et traitement non intensif, soit une visite dans le service par semaine, pour les personnes qui sont en train de sortir de la crise.

En termes d'infrastructures, en général ces centres sont composés de divers espaces : accueil et archives, cuisine, réfectoire pour les patients, secteur masculin et secteur féminin, cabinet de consultation pour les urgences et les rendez-vous, salle d'ergothérapie, salle de réunion, bureau pour le directeur et le personnel administratif, salle pour le personnel de garde, poste de soins infirmiers, toilettes, salle de repos pour le personnel médical et paramédical, centre d'études. On constate que, le plus souvent, les CAPS ne sont pas installés dans des bâtiments construits à cet effet mais dans des locaux existants réaménagés, ce qui ne va pas sans poser de problèmes.

Rappelons que le travail en équipe est une des prescriptions majeures de la Réforme, et dans ce cadre, les équipes sont en général composées de psychiatres, psychologues, infirmiers, ergothérapeutes, travailleurs sociaux ; tous sont appelés « techniciens de niveau supérieur » (TNS). Il faut y ajouter les aides-soignants, les portiers, les aides cuisiniers et les agents de nettoyage. En vertu du principe de décentralisation du savoir et du pouvoir, les techniciens se partagent la fonction de technicien de référence (TR) dont le rôle est la « construction du cas clinique » de chaque patient avec l'équipe. Cela signifie que c'est ce TR qui accueillera le patient, s'occupera des relations à la famille, conduira le traitement, suivra le patient jusqu'à

sa sortie<sup>9</sup>. Néanmoins, dans presque tous les cas, le TR travaille avec un psychiatre. Dans le principe, le travail doit être fait en équipe sans aucun savoir-faire a priori. Tous les travailleurs ont un travail spécifique mais doivent aller au-delà de leurs spécificités, car tous doivent participer à l'élaboration clinique du cas, tous doivent partager les savoirs constitués et/ou investis dans leur activité, tous doivent avoir pour perspective le respect de chacun en tant que sujet, aussi bien du patient que des autres professionnels.

À Belo Horizonte, ville d'environ 2 375 000 habitants, il existait en 2008 onze CAPS III qui travaillaient ainsi en continu, mais la nuit les portes étaient fermées à la prise en charge spontanée ; les patients y passant la nuit ayant été accueillis dans la journée. La nuit l'équipe d'aides-soignants pouvait compter sur la prise en charge des problèmes par le service d'urgences psychiatriques (SUP), soit des psychiatres et des infirmiers de garde. Quant à la ville de Betim, pour une population de d'environ 450 000 habitants, il y avait à la même époque quatre CAPS, dont l'un était ouvert en continu, jour et nuit.

## ***2.2. Des difficultés structurelles et cliniques***

A partir des présupposés théorico-méthodologiques de l'ergologie et du concept ergonomique d'écart entre travail prescrit et travail réel, nous avons mené une analyse de l'activité des psychiatres dans deux CAPS III de la municipalité de Belo Horizonte et dans un CAPS III et un CAPS II de la municipalité de Betim<sup>10</sup>. Nous avons cherché à savoir ce que font les psychiatres lorsqu'ils travaillent, puis de façon concomitante, à comprendre le fonctionnement du « travail en équipe ». Pour cela, nous avons observé le travail réel des psychiatres<sup>11</sup> et nous avons réalisé des « entretiens en profondeur »

---

<sup>9</sup> La construction de cas clinique est une méthode développée par l'école de Spécialisation en Psychiatrie de l'université de Milan. Voir Carlo Vigano, dans Alkmim Wellerson 2012.

<sup>10</sup> Cette étude a été faite dans le cadre d'un mastère en Psychologie Sociale que j'ai réalisé entre 2008 et 2010 à l'Université Fédérale du Minas Gerais (UFMG) : « L'activité de travail du psychiatre au CAPS : voilà José... ». La professeure Vanessa Andrade de Barros (UFMG/FAFICH) a dirigé mon mémoire de recherche ; les professeurs Daisy Moreira Cunha (UFMG/FAE) et Teresa Cristina Carreteiro (UFRJ/RJ) ont été rapporteurs dans le jury de soutenance.

<sup>11</sup> Sur l'ensemble des quatre services, nous avons réalisé trente séances d'observation, chacune d'environ 30 minutes. Dans les quinze premières séances, l'observation avait pour objectif le travail en général, le fonctionnement du travail d'équipe, les

avec différentes personnes<sup>12</sup>. Cela nous a permis d'élargir la connaissance des points de vue existant sur l'activité du psychiatre<sup>13</sup>.

Nous ne pouvons détailler le contenu de cette étude ici, résumons seulement les principaux résultats : un « mal être » au travail assez généralisé, une augmentation de la charge de travail due notamment à de mauvaises conditions de travail, une fragilisation de l'identité professionnelle des psychiatres, une souffrance psychique qui expliquent les démissions et le taux de *turn over* élevé des psychiatres travaillant dans les CAPS<sup>14</sup>. Malgré les orientations prescrites par la Réforme Psychiatrique, et malgré la norme antécédente sur la décentralisation des pouvoirs et des savoirs, le travail reste centré sur la figure du médecin psychiatre, la médecine et la médicalisation des patients. Les psychiatres ont accepté la dé-hospitalisation mais pas la démédicalisation.

Au niveau du travail d'équipe, nous avons constaté une fragmentation des collectifs et un appauvrissement de la clinique. Cet appauvrissement explique en partie le fait que les taux de patients attachés au lit, par rapport à ceux qui circulent librement dans le centre, sont encore très élevés. Cela pose des problèmes en termes de traitement des patients, mais aussi en termes de formation des psychiatres, jeunes ou anciens, pour apprendre à travailler en équipes interdisciplinaires.

Cela dit, nous avons aussi identifié diverses actions territoriales qui ont entraîné des transformations sociales, surtout au niveau du caractère collectif du « travail d'équipe » prescrit ; l'élaboration de Projets Thérapeutiques Individualisés, donc toujours singuliers, en a été le support. Si nous reprenons la conception ergologique de l'« inconfort intellectuel » face à la complexité du réel

---

conditions du travail etc. Dans les quinze autres, l'observation a été centrée sur la spécificité du travail du psychiatre.

<sup>12</sup> Nous avons réalisé 75 entretiens en profondeur : 31 avec des psychiatres (dont 18 travaillant et 13 ne travaillant plus dans les CAPS étudiées), 32 avec d'autres travailleurs (psychologues, thérapeutes et ergothérapeutes, infirmiers, assistantes sociales, aides soignants) et 12 avec des patients.

<sup>13</sup> Élargir est le mot juste puisque cette interrogation a pour origine ma propre expérience de psychiatre travaillant depuis dix-sept ans dans les municipalités de Belo Horizonte et de Betim.

<sup>14</sup> Nous avons particulièrement travaillé avec le concept de « reconnaissance » du travail et par le travail. Nous avons aussi utilisé la notion de « parcours de vie ».

et aux difficultés du travail pluridisciplinaire, ainsi que la conception des « réserves de solutions alternatives » que l'analyse de l'activité peut révéler, alors nous pouvons dire que dans le champ du travail clinique, nous avons identifié des initiatives assez différenciées. Nous avons également constaté qu'il existe des « cas impossibles » comme on appelle ces patients, car ils sont difficiles « à gérer », qui interrogent encore plus directement les savoirs des travailleurs et de la psychiatrie, et défient aussi bien les CAPS que les hôpitaux psychiatriques<sup>15</sup>.

De ces constats résultent beaucoup de questions. Comment le psychiatre peut-il passer des normes antécédentes de la prescription du travail par la psychiatrie, que ce soit la psychiatrie clinique classique, moderne (Bercherie, 1989) ou contemporaine (Oliveira, 2013), aux normes antécédentes de la prescription du travail dans la Réforme psychiatrique ? Il était chargé de diriger une institution et d'établir les diagnostics et traitements des patients, aujourd'hui il doit être capable de renormaliser son activité en temps réel, au quotidien, pour pouvoir travailler avec une équipe multidisciplinaire. Une des ambitions d'une « ergopsychiatrie clinique » serait d'apporter des éléments de réponse à cette question centrale.

### **3. Le projet d'élaboration d'une ergopsychiatrie clinique**

Nous avons vu que la Réforme psychiatrique et l'ergologie partagent l'idée qu'on ne peut pas définir une situation a priori, uniquement à partir de savoirs généraux, et qu'il faut prendre en compte la parole et l'expérience de ceux qui agissent et vivent la situation. Nous avons vu aussi que, globalement, les normes de la Réforme psychiatrique n'ont pas réussi à décentraliser le rôle du psychiatre et à démedicaliser les traitements. L'ergologie peut apporter une méthodologie pour organiser des dialogues autour de l'activité de travail du psychiatre en CAPS dont l'objectif serait de tracer une nouvelle perspective sur les spécificités de la distance entre travail prescrit et travail réel dans le domaine de la santé mentale et de

---

<sup>15</sup> Ce sont tous ces inforts qui ont orienté la définition de notre objet de recherche pour un travail de doctorat vers le geste professionnel en psychiatrie dont nous parlerons plus loin.

la psychiatrie, et à partir de là, travailler sur les concepts et en élaborer de nouveaux. Nous avons donc tenté de mettre à l'épreuve l'idée d'une ergopsychiatrie dans ces deux aspects : connaissance des activités de travail et réflexion sur les concepts.

### ***3.1. L'alternance entre le repérage et l'ancrage***

Commençons par expliquer comment nous avons cherché à utiliser la démarche consistant à alterner ce que Louis Durrive appelle le « repérage » et l'« ancrage »<sup>16</sup>. Le repérage est une réflexion qui porte sur les normes antécédentes, sur ce qui compose la situation générale, ce qui oriente le contenu et cadre la temporalité de l'activité avant le moment où elle sera réalisée. L'ancrage, par opposition et par symétrie, porte sur le moment de l'activité, sur ce qu'il s'est produit, sur les urgences, les possibilités, les choix et les débats de normes qui ont conduit à prendre des décisions en fonction de la situation singulière (Durrive, 2012).

Pour ce qui concerne le métier de psychiatre en CAPS, nous avons déjà apporté des éléments généraux de repérage sur l'histoire de la psychiatrie et de la Réforme. Concernant notre expérience du travail en CAPS, ajoutons quelques éléments de repérage singuliers. Les travailleurs se répartissent par équipes de trois, avec toujours un psychiatre tandis que les deux autres peuvent être soit psychologue, infirmier et/ou ergothérapeute. Ces équipes travaillent en roulement sur trois horaires différents : deux équipes de jour effectuant des gardes de six heures (de 7 heures à 13 heures et de 13 heures à 19 heures) et l'équipe de nuit effectue une garde de douze heures (de 19 heures à 7 heures). Ce trio de travailleurs se relaie pour assurer les activités d'accueil à la porte d'entrée, l'organisation des séjours diurnes ou nocturnes et la prise en charge des patients qui sont déjà en régime de traitement intensif ou semi-intensif. A ceci s'ajoute les consultations externes et les activités collectives thérapeutiques.

En termes d'ancrage, prenons le temps de faire un petit récit d'une garde de six heures au CAPS de Betim. Ce matin là, à 7 heures, il y avait une infirmière, une psychologue et moi-même le psychiatre,

---

<sup>16</sup> Nous avons travaillé sur cette démarche lors de la réalisation de notre Diplôme d'Université d'Ergologie, en 2012-2013, à l'Université Louis Pasteur de Strasbourg, sous la direction de Louis Durrive.

prêts à recevoir les consignes de la garde de nuit. Les tâches ont été réparties : la psychologue s'occupera de la réception des cas à la porte d'entrée, l'infirmière de l'organisation des séjours de jour, et moi je resterai en arrière-plan pour contribuer tantôt à l'une et tantôt à l'autre de ces tâches. Le psychiatre n'a pas le choix, il doit prendre part à ces deux tâches puisque les patients qui se présentent à la porte d'entrée ont besoin, dans leur majorité, d'une évaluation psychiatrique, tout comme ceux qui viennent passer une journée au centre.

Le service dispose de sept lits pour les séjours nocturnes mais ce jour-là, dix patients y avaient passé le week-end, les trois patients en surplus ayant dormi sur des matelas par terre. Selon les travailleurs, cette précarité du système hôtelier compromet la qualité du processus et le respect des principes d'humanisation du traitement. Mais que faire d'un patient dont le cas est grave, qui présente des risques pour lui-même et pour les autres indiquant qu'il lui faut un séjour nocturne, alors que les sept lits sont déjà occupés ? Ce sont des situations difficiles qui mettent les travailleurs face à des débats de normes et les obligent à trancher.

En qualité d'unique psychiatre de garde, il a fallu me démener pour prendre en charge ces dix patients. J'avais décidé d'évaluer chaque cas en détail pour voir si l'un d'entre eux ne pouvait pas entrer dans le système d'accueil de jour. Parmi eux, deux étaient immobilisés au lit suite à une période d'agitation psychomotrice, et l'un des deux avait eu une crise bien plus grave que l'autre. L'infirmière m'avertit que si nous le détachions, il risquait d'agresser quelqu'un ou de s'enfuir. Je connaissais ce patient que j'avais déjà rencontré lors d'un épisode de crise précédent, je proposais quand même d'aller lui parler et de le détacher du lit, avec l'aide d'un interne en psychiatrie et d'un aide-soignant. J'ai proposé une stratégie de traitement basée sur un bain et une hydratation veineuse afin de fortifier le patient, l'objectif étant qu'il prenne en charge son propre traitement et ne cherche plus à fuir. Après bon nombre de discussions pour expliquer et comprendre tout ce qui était en train de se passer, nous avons adopté cette stratégie. Pendant deux heures, nous sommes restés avec lui, en l'empêchant à tout moment de se jeter par terre. Grâce à un immense travail d'éclaircissement que nous avons fait avec lui sur le sens du traitement, nous avons réussi à le laisser libre pendant cinq heures.

Si ce jour là ce patient a été celui qui a traversé la crise la plus grave, il n'était pas le seul à être en crise. Pendant cette garde, il a fallu aussi évaluer cinq nouveaux patients accueillis à la porte d'entrée, refaire la prescription de trois autres patients en séjour diurne et nocturne et répondre à quatre appels téléphoniques de la part de familles à qui il a fallu donner des nouvelles de leur proche. Il a donc fallu me démener mais il faut préciser aussi que deux internes en psychiatrie m'ont accompagné dans toutes les tâches que j'ai réalisées durant ces six heures<sup>17</sup>.

Outre que ce bref récit laisse entrevoir les difficultés en termes de conditions de travail et de manque de personnel, il permet de poser la question de la place de la psychiatrie et du psychiatre dans une équipe. La prescription stipule qu'il ne doit pas avoir une position centrale dans le travail mais dans les faits, en situation réelle, toutes les demandes arrivent toujours à lui, même s'il ne recherche pas cette centralisation. L'expérience d'accompagnement du patient « supposé agressif » montre aussi qu'il est possible de donner un nouveau sens aux activités, de trouver des solutions qui évitent, même temporairement, l'immobilisation médicamenteuse et physique, qu'il est possible de renormaliser une situation, d'utiliser la parole, l'histoire et le corps, autant d'éléments qui font l'activité et sont difficiles à verbaliser et à expliquer théoriquement.

La démarche de repérage et d'ancrage est donc un outil privilégié pour essayer de connaître et d'analyser la distance entre travail prescrit et travail réel, pour connaître les renormalisations dans l'activité du psychiatre. Cette connaissance doit alimenter la réflexion sur les concepts, comme nous allons le montrer avec le concept de geste dans la pratique clinique du psychiatre.

### **3.2. « Trébucher » sur le patient**

Le problème de l'appauvrissement de la clinique est un des problèmes que les résultats de notre première étude ont permis de pointer. Cela peut paraître paradoxal dans ces services ouverts, alors

---

<sup>17</sup> Le psychiatre accomplit un travail de tutorat pour les internes (la première année du processus de formation de nouveaux psychiatres se passe dans un CAPS III). Donc les situations évoquées ici ont été expliquées en temps réel aux internes puisque j'accomplissais ce travail de tutorat en même temps que j'exerçais mon métier.



que la Réforme les pousse au contraire à l'enrichissement de la clinique psychiatrique par la prise en compte collective des singularités du patient et par son écoute. C'est un problème fondamental car le travail clinique et la clinique sont toujours au cœur du métier du psychiatre mais doivent être transformés comme l'ont indiqué le *Mouvement des travailleurs en santé mentale* et la Réforme :

*« Oui, je ne pense pas à une réforme sans la clinique ... Je crois qu'une réforme sans la clinique est une réforme appauvrie. C'était une clinique très riche. Maintenant, nous ne pouvons nous débarrasser du bébé comme de l'eau sale du bain. Alors jetons l'eau sale de la psychiatrie classique, mais sauvons le bébé ... Le bébé et la clinique »* (Psychiatre 1, apud Silva, 2010, p. 87)<sup>18</sup>.

Nous proposons de réfléchir à ce que peut être une conception ergologique des gestes d'un psychiatre en CAPS III. Pour bien positionner cette question, revenons sur des éléments d'ancrage.

Rappelons que ces centres ont été créés pour que leurs portes soient ouvertes et que ceux qui y travaillent soient invités à réfléchir et à dire en équipe ce qu'ils font dans leur activité et pourquoi ils le font ; ce sont des espaces propices à la rencontre du patient et du travailleur comme le dit si bien un psychiatre : *« Dans le CAPS ... on trébuche sur le patient, on trébuche sur son problème, on bute sur son problème. Je veux dire, ce trébuchement, il nous aide à être plus créatif, vous comprenez ? »* (Psychiatre 12, apud Silva, 2010, p. 54). C'est ce qui distingue fondamentalement la perspective des CAPS par rapport à celle de l'hôpital psychiatrique. La liberté de circulation des patients exige des professionnels de nouvelles postures de travail, de nouvelles décisions, elle les place dans un nouveau rapport à leurs affects et désaffects au niveau du travail réel.

Mais comment aborder une crise autrement que par voie médicamenteuse ou immobilisation mécanique, c'est-à-dire autrement que par la mise en œuvre d'un traitement « involontaire » ? Jusqu'où attendre avant d'appliquer ces « mesures exceptionnelles » quand les premières approches verbales n'ont pas d'effet ? Lorsque toutes les possibilités d'implication volontaire du patient dans son traitement

---

<sup>18</sup> Les références renvoyant aux propos de psychiatres sont extraites du mémoire réalisé en 2010 que nous avons déjà évoqué.

sont épuisées et qu'il est nécessaire de recourir à de puissants tranquilisants ou à l'immobilisation dans le lit, comment arriver à créer de nouvelles opportunités de négociation ? En résumé, on peut se demander quels sont les actions, actes et gestes produits par ce trébuchement ?<sup>19</sup>.

En puisant dans notre expérience personnelle de psychiatre nous pouvons décrire des situations dans lesquelles les décisions que nous avons prises et traduites en gestes, témoignent de la recherche de solutions alternatives. Prenons deux cas différents. Dans le premier, une patiente psychotique fut reçue en crise délirante d'agitation psychomotrice intense. Elle se roulait par terre et criait, elle réclamait qu'on la douche avec un tuyau en disant que son corps était en feu. En assistant à cette scène, en débattant des différentes normes, en respectant mes valeurs, j'ai décidé de lui donner ce qu'elle demandait. Je l'ai traînée dans la salle de bains et j'ai ouvert le robinet sur elle, bien qu'elle continuait à crier et à se rouler par terre. Cette situation a été particulièrement stressante, mais au bout de trente minutes, elle est ressortie de la salle de bains, complètement mouillée mais en marchant et en étant beaucoup plus abordable.

Dans le second cas, lors d'une matinée de travail, un jeune de vingt-sept ans, d'apparence très sale, tatoué sur tout le corps, fort physiquement, menaçant et violent, usager de drogues, soit un patient « insupportable » aussi bien dans un CAPS que dans un hôpital psychiatrique, s'était enfermé dans la chambre depuis cinq jours, et n'acceptait d'en sortir que pour partir du centre. Il se sentait privé de sa liberté et ne le supportait pas, cela le faisait souffrir. Il avait pour habitude de s'enfuir en sautant les murs. Or ce matin là, la situation était difficile car le gardien de la porte d'entrée n'était pas venu travailler et j'étais seul avec une infirmière et trois aides-soignantes. Après plusieurs tentatives pour réguler la situation, les paroles s'épuisaient et le corps-à-corps était fragile<sup>20</sup>, il fallait prendre une décision, sans utiliser de médicaments ou de force physique. J'ai donc

---

<sup>19</sup> C'est l'objet central de notre travail de thèse en cours (2013-2016), que nous réalisons dans un doctorat « sandwich » codirigé par les Professeurs Daisy Cunha (UFMG/FAE, Belo Horizonte), Dominique Lhuilier (CNAM, Paris) et Yves Schwartz (Ergologie/AMU, Aix-en-Provence).

<sup>20</sup> Il était difficile de « faire le mur avec notre propre corps », selon l'expression d'une psychiatre (participante au master de psychologie sociale).

décidé de l'inviter à garder l'entrée pour participer à la résolution du problème du service. Très surpris, il a accepté tout de suite, je lui ai donné la clé de la porte et aussitôt il a commencé à travailler, je suis resté près de lui pour lui donner des conseils. Quelques minutes plus tard il était redevenu tranquille, il travaillait certes de façon bizarre mais gentille quand même. Adopter une posture ergologique m'a permis de faire en quelque sorte une « inversion subversive constitutionnelle » à partir du monde réel, de ses variabilités et de ses « infidélités ». Que dire à présent de ces deux récits en termes de « gestes professionnels » ?

### **3.3. Le concept de geste du métier en construction**

Le concept de geste, tel que nous le concevons, comporte différentes dimensions et nécessite les apports de différents savoirs : Cliniques du travail<sup>21</sup>, Psychiatrie, Psychologie, Philosophie, Anthropologie du corps, Sociologie, Art théâtral, etc. Essayer de travailler en interrelation conceptuelle peut apporter un certain « inconfort intellectuel », mais c'est pourtant nécessaire pour élaborer ergologiquement un concept de geste. D'un point de vue ergologique, on pourrait dire que le geste est une « entité multiple » dont les manifestations sont le résultat de la synthèse des débats de normes et des possibilités de renormalisations partielles qui ont eu lieu dans l'espace interne et dans l'espace externe de l'individu et d'autrui. On peut le dire autrement, en disant que c'est une dialectique entre recevoir et donner des instruments cognitifs et affectifs.

Par opposition à l'espace externe, visible et verbal, l'espace interne est invisible et ce qui s'y produit est de l'ordre du non verbal. Cela correspond, en réutilisant les concepts ergologiques, aux « dramatiques d'usage de soi », aux « valeurs sans dimension », à l'expression objective et subjective du « corps soi », à la « rencontre des rencontres », aux « projets-héritages ». On peut dire que les situations de travail font du geste un « dribble » de, et dans, l'ordre normatif de la vie socioculturelle et politique<sup>22</sup>. Le geste mobilise les

---

<sup>21</sup> Voir les ouvrages de Bendassoli et Soboll (2011) et de Dominique Lhuillier (2008).

<sup>22</sup> La *ginga* est le mouvement de base, le point de départ de tous les autres mouvements de la capoeira brésilienne. Dans ce cadre, « dribble » désigne cette gestuelle faite de plasticité mais aussi de détermination : c'est « une manière sinueuse, latérale et jamais frontale, de se déplacer en ondulant, d'entrer en relation avec les

techniques du corps (Mauss, dans Bert, 2012) ; l'affectivité et ses composantes, affects, sentiments et émotions, l'influencent.

La concrétude et la matérialité des situations, l'intervention des savoirs déjà constitués et/ou des savoirs investis dans l'expérience du travail, singularisent les gestes qui s'expriment sous forme de styles variés et créatifs. Le débat créé par le geste augmente son extension, ce que décrivent les notions de « simplicité » et de « vicariance »<sup>23</sup> que développe Alain Berthoz (2009, 2013), le geste se produisant dans un espace-temps de « répétition sans répétition ». Le geste professionnel est donc un mouvement physico-corporel, psychologique et socioculturel, il s'exprime sous forme contextualisée et synthétisée. Ce n'est pas simplement une action ni un acte isolé, c'est un processus dialectique entre d'une part un « projet-action » et d'autre part un ensemble d'actes spécifiques réalisés dans « l'ici et maintenant » (Mendel, 1998 ; Oliveira, 2008). On peut alors se demander à quel moment la dialectique entre débats interne et externe se transforme en action, en acte et devient geste<sup>24</sup>. On peut aussi questionner les rapports entre activité et geste et comprendre le geste comme une expression de l'activité, car dès que nous cherchons le geste, nous rencontrons l'activité.

Pour qu'un projet-action/acte devienne un geste professionnel, il faut que cette action qui prend racine dans l'activité, entre dans un processus d'adressage social, de délibération et de validation qui lui donnera la possibilité de devenir un geste transmissible, il faut que cela passe par un collectif et qu'il y ait dialogue autour de l'expérience des normes. Il faut aussi qu'un corps biologique soit transformé en corps érogène, subjectivé, habité et engagé dans une relation à l'autre contextualisée (Dejours, 2009). Ainsi l'action décidée concernant la patiente qui disait être en feu a fait l'objet d'une polémique dans l'équipe. J'ai laissé la patiente exprimer ce qu'elle voulait dire, je l'ai

---

*autres, une manière de vivre le plaisir, non d'avoir un corps, mais d'être un corps apte à se transformer en permanence » (Laplantine, 2015, p. 29). Voir aussi *L'éloge de l'esquive* (Guez, 2014).*

<sup>23</sup> La notion de vicariance a été développée par Maurice Reuchlin dans les années soixante-dix (voir : Lautrey J., Mazoyer B., et van Geert P., *Invariants et variabilités dans les sciences cognitives*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 2002)

<sup>24</sup> Geste en tant que genre, intercalé social, qui vise à réorganiser l'activité de travail (Clot, 2008).

prise au sérieux, je n'ai pas cherché à savoir uniquement ce que je voulais savoir pour faire un diagnostic et prescrire des médicaments. Cette action était d'abord transgressive et heurtait des normes ; cela montre bien que l'expérience des normes est toujours ambiguë, qu'on peut à la fois accepter et contester des normes (Durrive, 2014, 2015). La norme n'a pas de vie propre, pour exister elle doit faire norme pour chacun de nous, elle est animée d'une dynamique faite d'assujettissement et de contestation, elle se présente soit comme une obligation soit comme une opportunité de contestation et de renormalisation.

La folie n'est-elle pas justement la perte de cette capacité normative, de la possibilité de renormaliser son milieu de vie et sa vie quotidienne ? Ainsi l'action de confier la clé de la porte d'entrée au patient qui voulait s'enfuir a rétabli la présence de deux corps-soi et créé des réserves d'alternatives cliniques. Pour assumer le travail à la porte d'entrée, il a fallu l'aider, y compris à partir d'une orientation clinique. Le conflit de normes l'a envahi au fur et à mesure que les normes antécédentes lui étaient expliquées, lui permettant de présenter ses propres initiatives et styles pour sortir d'une position d'assujettissement et expérimenter une autre position de subjectivation. Cela a modifié sa position délirante.

Ces questions orientent la réflexion sur les situations dans lesquelles des gestes engendrés dans l'activité peuvent devenir des gestes de métier. On doit s'interroger sur le corps et ses techniques, les savoirs épistémologiques, axiologiques et ergologiques, le « projet-héritage », la « double anticipation », la sémiotique et les mobiles etc., c'est-à-dire sur tout ce qui compose ces situations qui fasse du geste un mouvement, non seulement un mouvement externe mais aussi un mouvement interne, une perception contextualisée. Dans ce cadre de pensée, on peut concevoir qu'un corps arrêté est aussi un corps en mouvement, ce qui explique certains gestes du thérapeute.

Comprendre l'engendrement des gestes professionnels en psychiatrie, suppose donc de comprendre que l'effort de singularisation des situations, par des processus de renormalisation des normes antécédentes, ne peut être séparé d'un effort de collectivisation des expériences et savoirs. La singularité est aussi le résultat d'un processus d'incorporation du collectif en soi, mais cela signifie-t-il

que des actions et des actes singuliers ne peuvent devenir des gestes de métier que s'ils entrent dans l'histoire collective ? On comprendra que ce qui résulte de ce processus de délibération individuelle et collective est aussi geste professionnel<sup>25</sup>.

#### **4. Considérations finales**

L'ergologie propose de rendre visible les savoirs de l'expérience, par le biais de dialogues avec les savoirs académiques et pluridisciplinaires. Dans le domaine de la santé mentale, une telle approche est opportune car elle incite à reconsidérer le sens des normes antécédentes et à prendre en compte les renormalisations et les transformations des prescriptions qui sont nécessaires dans le travail réel, à un moment précis pour agir de façon compétente et efficace. On ne peut réfléchir à un « agir compétent » uniquement de façon intellectuelle, en « désadhérence » avec les situations réelles et l'expérience des normes, sans réfléchir aux actes et aux gestes concrets.

Dans le moment historique que nous avons décrit, la philosophie de l'ergologie va à la rencontre de la philosophie de Réforme psychiatrique. Elle peut contribuer à une ouverture pratique et contextualisée de la psychiatrie, elle apporte des outils pour étudier la manière dont les savoirs psychiatriques sont mobilisés par les équipes de travail. De même que la clinique psychiatrique nous indique qu'il faut créer des espaces et temps différenciés pour offrir au patient la possibilité de dire ce qu'il a besoin de dire, l'ergologie nous indique qu'il faut passer par l'analyse minutieuse des activités pour connaître les normes antécédentes et savoir à quels moments et dans quelles circonstances elles sont mises en débat.

L'élaboration d'une ergopsychiatrie clinique en gestes devrait aider à confronter les normes de la psychiatrie par rapport aux normes de la Réforme, mais aussi confronter les normes de la Réforme aux activités de travail, pour remettre en débat et repenser les modèles de traitement utilisés dans les différentes institutions, non pas pour les

---

<sup>25</sup> Ce processus de délibération renvoie à ce que Yves Schwartz dénomme un « processus d'adressage social » (2000, p. 34-39).

opposer mais pour les relativiser les uns par rapport aux autres. Peut-être nous faudra-t-il aussi imaginer d'autres institutions intermédiaires qui fonctionneraient à « température » moyenne, ni trop chaude, ni trop froide, c'est-à-dire des institutions au sein desquelles on trouverait la nécessaire tension entre savoirs et pouvoirs, entre services ouverts et services fermés, et qui permettraient de fournir des réponses différentes et singulières, en lieu et place des défaillances et impuissances des deux institutions traditionnelles.

### **Références bibliographiques**

- ALKMIM, W. (Org.) (2012), *Carlo Viganò. Novas Conferências*, Belo Horizonte, Scriptum livros.
- AMARANTE, P. (1995), *Loucos pela vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*, Rio de Janeiro, Fiocruz.
- ARBEX, D. (2013), *Holocausto Brasileiro*, São Paulo, Geração Editorial.
- ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL (2006), *Linha Guia de Saúde Mental*, Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
- BENDASSOLLI, P.F. et SOBOLL, L.A. (2011), *Clínicas do Trabalho*, São Paulo, Editora Atlas.
- BERCHERIE, P. (1989), *Os Fundamentos da Clínica Psiquiátrica: história e estrutura do saber psiquiátrico*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editora.
- BERT, J-F. (2012), *Les "techniques du corps" de Marcel Mauss*, Dossier critique, Paris, Publications de la Sorbonne.
- BERTHOZ, A. (2009), *La simplicité*, Paris, Editions Odile Jacob.
- BERTHOZ, A. (2013), *La vicariance : le cerveau créateur de mondes*, Paris, Editions Odile Jacob.
- CLOT, I. (2008), *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, Presses Universitaires de France.
- COUPECHOUX, P. (2006), *Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux*, Villepreux, Éditions du Soleil.

- DEJOURS, C. (2009), *Travail et émancipation*, Paris, Éditions Payot et Rivages.
- DURRIVE, L. (2012), « Comment approcher une situation de travail dans une perspective ergologique ? », *Tempus Actas de Saúde coletiva*, v. 6 (2), Brasília, p. 1-13.
- DURRIVE, L. (2014), « La démarche ergologique : pour un dialogue entre normes et renormalisations », communication au 2<sup>ème</sup> Congrès de la Société Internationale d'Ergologie, 5 mai, Sierre, Suisse (voir site de la Société, [ergologia.org](http://ergologia.org)).
- DURRIVE, L. (2015), *L'expérience des normes. Comprendre l'activité avec la démarche ergologique*, Toulouse, Octarès Éditions.
- GUEZ, O. (2014), *Éloge de l'esquive*, Paris Éditions Grasset et Fasquelle.
- LAPANTINE, F. (2015), *L'anthropologie au coin de la rue. Le social et le sensible : introduction à une anthropologie modale*, Paris, Téraèdre.
- LHUILIER, D. (2008), *Cliniques du travail*, Toulouse, Éditions Erès.
- MENDEL, G. (1998), *L'acte est une aventure. Du sujet métaphysique au sujet de l'acte pouvoir*, Paris, Éditions La Découverte.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004), *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*, Brasília.
- OLIVEIRA, V.T. (2008), *Eisenstein Ultrateatral. Movimento Expressivo e Montagem de Atrações na teoria do Espetáculo de Serguei Eisenstein*, São Paulo, Perspectiva.
- OLIVEIRA, V.T. (org.) (2013), *Da psiquiatria clássica à contemporaneidade*, Seminários de Psicopatologia, Belo Horizonte, Coopmed.
- PASSOS, I. C. F. (2009), *Reforma Psiquiátrica : as experiências francesa e italiana*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- SCHWARTZ, Y. et DURRIVE, L. (2003), *Travail et Ergologie. Entretiens sur l'activité humaine (I)*, Toulouse, Octarès Éditions.
- SCHWARTZ, Y. et DURRIVE, L. (2009), *L'Activité en Dialogues. Entretiens sur l'activité humaine (II)*, Toulouse, Octarès Éditions.
- SCHWARTZ, Y. (1992), *Travail et philosophie. Convocations mutuelles*, Toulouse, Octarès Éditions.



SCHWARTZ, Y. (2000), *Le paradigme ergologique ou un métier de Philosophe*, Toulouse, Octarès Editions.

SCHWARTZ, Y. (2001), « Théories de l'action ou Rencontres de l'activité », dans Baudouin, J-M et Friedrich, J., *Théories de l'action et l'éducation*, Bruxelles, Editions De Boeck Université.

TOSQUELLES, F. (2009), *Le travail thérapeutique en psychiatrie*, Toulouse, Octarès Editions.