



Éditorial : Vulnérabilité psychique et emploi

Jean-François Coldefy

Psychologue
Clinicien
SOTRES*
Nanterre (92)³
Club ARIHM*
Paris (75)⁴

*Associations
affiliées à la
FASM Croix-
Marine

¹Vincent Verry,
L'Archipel asilaire,
Éditions des
Deux Continents,
Genève, 1995, p. 39.

²Par sa référence à
la classification de
P. Wood, le concept
de « handicap
psychique »,
élaboré par des
professionnels et
des usagers, offre
l'avantage de la
transversalité.

³Voir annexe 1.

⁴Voir annexe 2.

Est-ce la désignation d'*homo faber* qui ancre le goût du travail dans l'être humain au point d'en faire « le noyau dur qui subsiste dans le patient, quand tout le reste s'effondre »¹ ? N'est-il pas paradoxal que le travail salarié, récemment encore associé à la souffrance, l'exploitation et l'aliénation de l'individu, apparaisse aujourd'hui comme ce qui redonnerait à la personne - en particulier au malade psychique - son statut de sujet, alors que certaines conceptions du « patient au centre » auraient pour effet pervers de maintenir cette personne dans un statut d'objet (de soins, d'évaluation...)?

Constatons simplement qu'un nombre croissant d'« usagers » - et nous entendons par-là les malades eux-mêmes - préfèrent faire valoir leur droit à travailler ou retravailler plutôt que leur droit - tout aussi légitime, compte tenu de la situation de vulnérabilité qu'ils vivent - à l'inactivité et l'assistance.

Aux yeux de la majorité des personnes en situation de handicap du fait d'une maladie psychique, l'accès à un travail salarié constitue en effet une dimension essentielle de la réhabilitation psychosociale. Cet objectif, qu'il soit réaliste ou non à un moment donné de leur parcours et en dehors du déni de la maladie, souvent allégué par les soignants et les proches, leur semble devoir être posé comme la véritable finalité des soins. Sans que soit niée la possibilité d'une qualité de vie hors travail, la reconquête de l'identité et du lien sociaux qu'apporte un emploi est la seule confirmation objective, aux yeux d'un usager de la psychiatrie, de la stabilisation à laquelle il aspire et que les soins curatifs lui assurent, pour des périodes de plus en plus longues (et plus, même, si continuité... des soins).

Sauf à choisir délibérément - y compris dans l'intérêt supposé du patient - de ne pas l'entendre, on ne peut rester totalement sourd à cette demande qui interpelle les dispositifs en place, ayant en principe vocation à y répondre, et leurs acteurs, qu'ils relèvent du champ sanitaire ou social.

En cette fin d'année 2004, qui restera comme l'année de la révision, longtemps attendue, de la Loi de juin 1975, cette revendication d'un droit à travailler et de savoir sur qui et sur quoi s'appuyer pour le faire valoir, est bien d'actualité. Rappelons, en effet, que la Loi de 1975, dite « en faveur des personnes handicapées »

- * faisait de l'accès à la formation et à l'emploi un droit pour toutes les personnes handicapées,
- * excluait de fait des dispositifs mis en place la grande majorité des malades psychiques pour lesquels la notion de handicap, dans l'acception fixiste et la définition floue de l'époque, n'était pas adaptée,
- * suscitait la colère des soignants et de certains parents qui voyaient dans l'idée d'une éventuelle mise au travail des patients une atteinte à leur droit au soin et une exploitation,
- * marquait clairement la séparation entre champ sanitaire et champ social.

Droit au soin et droit au travail vont, dès lors, se trouver - avec leurs dispositifs, leurs acteurs, leurs mesures, leurs logiques administratives et leurs financements - de part et d'autre d'une « ligne de partage des eaux » qui concrétisera, pour des décennies, la difficulté d'articulation entre les différents champs d'intervention. Or, s'il est admis que nulle structure n'est habilitée - ni compétente - pour traiter à elle seule toutes les facettes d'un problème complexe, force est de constater, aujourd'hui encore et sur le terrain, la rareté de réelles pratiques transversales entre soignants et acteurs sociaux. Il existe peu - voire pas - de lieux où une personne vulnérabilisée par la maladie psychique puisse trouver l'écoute, l'information juste, l'aide et l'accompagnement susceptibles de lui donner la force et le courage de se risquer hors du cocon des structures soignantes pour affronter les démarches, longues et fastidieuses, censées lui apporter une « égalité des chances ».

Cette notion d'« égalité des chances » est au cœur de la nouvelle Loi, de même qu'est reconnue la spécificité du « handicap psychique »², concept dont on peut souhaiter qu'au-delà de la querelle sémantique qu'il suscite - et il est vrai qu'on ne se méfie jamais assez des mots -, il permette

de revisiter le principe de « compensation », peu pertinent pour le public qui nous intéresse. Ni appareillages coûteux ni aménagements compliqués ne sont nécessaires pour compenser la vulnérabilité liée à la maladie psychique. Il y faut, en rupture avec la logique de prescription ou les injonctions diverses, un espace et un temps suffisants pour « poser ses valises », chercher ses propres réponses aux bonnes questions, se confronter, sans trop de risque, à des environnements divers.

Les « bonnes pratiques » existent dans ce domaine. Elles ont été « bricolées » ici ou là, par des acteurs de terrain, devant faire face à des demandes et des besoins que les dispositifs existants ne pouvaient satisfaire. Certains de ces « bidouillages » autour de l'idée de « chaînon manquant » sont très anciens (les CART de Poitou-Charentes, Messidor à Lyon...), d'autres un peu plus récents (SOTRES à Nanterre, LIFT à Saint-Etienne, DIMO 54 à Nancy...), le plus souvent issus du monde associatif, mais parfois aussi du service public. Il est frappant que, sans forcément se connaître, les auteurs de ces expériences parviennent aux mêmes constats, partagent les mêmes convictions et obtiennent des résultats positifs similaires. Le point commun de ces structures est que :

- * elles ont dû « tordre les cadres existants » ou se contenter d'habits mal taillés, échangeant, au fil des années, le statut précaire de structures innovantes pour ceux, non moins précaires, d'expérimentales, puis d'atypiques ;
- * elles sont, même pour les plus anciennes, sans cesse menacées de disparaître, du fait, en particulier, de la mauvaise « lisibilité » (par les politiques, les financeurs) des actions qu'elles mènent ;
- * elles représentent, n'ayant pas franchi le cap de la modélisation, une offre de services tout à fait disproportionnée par rapport aux besoins.

Dans l'attente optimiste des décrets d'application de la nouvelle Loi et le refus qu'au nom d'une démarche « qualité », la pseudo-objectivité des chiffres masque, de fait, les réalités vécues, les vrais besoins et les vrais résultats, c'est à ces militants rêveurs de pratiques transversales et de langue commune, à ces utopistes réalistes qui créent des lieux de transition et aux personnes auxquelles ils proposent de « faire un bout de chemin ensemble » que nous avons souhaité donner la parole dans ce numéro. Pour que les acteurs de la santé mentale ne limitent pas leur mission à l'éradication de la folie et que celle-ci ne soit pas définitivement un « gros mot ». □