

La notion même de travail renvoie à deux conceptions antinomiques, la première c'est la peine, la souffrance, comme semble l'indiquer l'étymologie, la seconde est corrélée à une reconnaissance ou à une revalorisation sociale, nécessaire à l'accomplissement personnel, travailler ancre l'individu dans la réalité sociale. Entre ces deux conceptions on pourrait en évoquer une troisième, le travail comme rédemption.

L'idée d'utiliser la mise au travail dans le traitement des maladies mentale est très ancienne et a été sous tendue par des conceptions et des réalités diverses évoluant au fil des changements idéologiques et sociaux.

Ce n'est pas tant le travail qui a une valeur thérapeutique, mais la situation de travail en tant que rencontre possible, l'environnement apparaît très important, comme cela a été développé par SIVADON lorsqu'il a créé le premier centre de réhabilitation à Ville Evrard.

La loi de 1975 va permettre aux patients psychiatriques d'organiser leur vie autrement avec le bénéfice possible d'une allocation aux adultes handicapés et d'une orientation ou reclassement professionnel : la folie devient un handicap.

Le travail permet d'accéder à un statut social, de tendre vers une guérison qu'on pourrait dire sociale, en étant intégré dans un processus global de réadaptation dans lequel l'autonomie, la gestion du quotidien, la prise de responsabilité et la lutte contre la solitude ont toute leur place. L'insertion se fait avec ou sans travail.

Le processus de réinsertion des malades mentaux :

Le reclassement, la réadaptation et la réhabilitation constituent souvent un labyrinthe où se retrouvent la MDPH, les centres de pré orientation, les équipes de préparation et de suite au reclassement, les dispositifs RSA, l'ANPE et en amont les équipes de secteur psychiatrique.

Les obstacles à la réinsertion sont nombreux. Outre la représentation insuffisamment mobilisatrice du travail, le statut d'handicapé, sensé favoriser une autonomie sociale, peut induire des effets pervers. Il peut exclure ou générer paradoxalement des bénéfices secondaires, et renforcer la perte de contact avec la réalité sociale.

Pour les patients qui osent se confronter au milieu du travail, le dossier MDPH présente des lourdeurs suivies, le plus souvent, par de longues listes d'attente lorsqu'il s'agit d'une orientation en ESAT.

L'ESAT des Caillols :

Pour les malades mentaux, les ESAT sont des structures qui permettent une meilleure connaissance du travail, ils offrent des possibilités d'évaluation de leur aptitude, de leurs capacités relationnelles, notamment dans une relation hiérarchique, et de leur désir de s'insérer dans le monde professionnel.

L'ESAT des Caillols a le mérite de favoriser la mise au travail, et même si pour certains il ne constitue pas un lien de réinsertion professionnelle, il permet une mise en travail psychique.

Il ne reçoit que des malades mentaux adultes en semi internat, quand bien même ils n'auraient pas de notification MDPH, de RQTH ou d'AAH, qu'ils soient stabilisés ou simplement en voie de l'être, et cela sans liste d'attente. La seule condition est qu'ils soient en soin et qu'un des secteurs de psychiatrie soit engagé dans leur prise en charge. L'accueil est donc facile et se situe dans le prolongement d'un projet de soin.

Le patient devient acteur dans un projet de repositionnement socio professionnel individualisé. Le balisage de son parcours se concrétise par l'évolution de son statut, de son ré ancrage dans une réalité qu'on pourrait dire normative, mais aussi de son autonomie sociale (utilisation des transports en commun, logement...).

De par sa spécificité l'ESAT des Caillols :

- Favorise la remobilisation et l'expression des capacités présentes avant l'émergence de la maladie. Il se dote des moyens d'évaluation pour éventuellement instruire et argumenter la demande de RQTH. Il se pose donc en système « expert » dans le schéma d'insertion sociale et professionnelle.
- Dégage en accord avec les équipes médico sociales des secteurs de psychiatrie, un projet individuel d'insertion socio professionnelle formalisé au sein d'une convention tripartite, DDASS, secteur, ESAT.
- Crée une pratique interactive de soutien, de prise en charge et d'accompagnement, en accord avec chaque personne accueillie et les équipes soignantes.

Durant le séjour, le suivi de chaque stagiaire s'opère grâce à des outils mis au point par la psychologue du travail et annotés par le moniteur d'atelier.

L'ESAT a le souci de proposer une diversité de tâches, de travaux et chaque atelier possède une finalité propre. Il doit permettre la mise en situation réelle et l'élaboration d'un éventail de postes de travail le plus large possible.

Il comprend des ateliers in situ : montage électrique, conditionnement, cartonnage, bois (rénovation de palettes), service ménage et entretien, service restauration (restaurant ouvert à la clientèle extérieure et repas pour les usagers de l'ESAT)... Il permet d'autre part divers détachements en entreprise, qui constituent un lien utile avec le milieu de travail ordinaire, il s'efforce de mettre en œuvre une ouverture en créant des liens de réciprocité et d'interpénétration avec les entreprises locales. L'ESAT a passé également des contrats de prestation de service avec certaines entreprises.

Dans ce même esprit des sessions de formation sont organisées sur place (cariste p.ex.).

Le travail permet un processus de réadaptation qui reste un facteur dynamique :

Le signifiant travail est un signifiant porteur, qui prend naissance au plus profond de notre histoire personnelle, individuelle ou familiale, dont il n'y a pas lieu de faire l'impasse, sous prétexte que le travail est rare. Il reste une perspective évolutive irremplaçable, il permet pour le sujet une ouverture sur la question du désir et sa demande opère une fonction d'ancrage. L'inclure dans cette perspective lui permet de mobiliser ses capacités individuelles résiduelles et compensatoires.

Le sujet aborde le travail d'une manière imaginaire, souvent dans une idéalisation de la fonction, du statut, parfois même de son signifiant. Même à l'aune de la civilisation des loisirs, c'est fréquemment le statut social qui mesure les rapports humains. Mais la confrontation, la mise en avant, le thérapeute qui fait injonction, tout cela peut entraîner la rétraction du projet, la rechute... comme si la parole sur le travail ne pouvait être qu'un travail sur la parole.

Exemple de Mr V. qui avait été chauffeur routier, pour lui, le mythe du travail envahissait le discours et masquait tout autre désir de projet. Son bref passage à l'ESAT, a permis une relance du processus thérapeutique et un travail du deuil du mythe : désormais il pourrait travailler, mais non au sens d'avoir un emploi.

Ainsi, pour les personnes qui ont un passé professionnel, le souvenir du travail ne correspond plus à une. Pour d'autres qui ont dû abandonner leurs études, il existe un décalage entre leurs espérances d'alors et la réalité de leur efficacité actuelle.

Le travail est également une exigence sociale : le « que faites vous ? » est souvent la première question à une nouvelle connaissance. Cette exigence ne peut-elle pas priver le sujet de son propre désir ?

A ce moment là, la rapidité d'accès à l'ESAT est essentielle, elle évite l'enlisement et permet de débrouiller ce qu'il en est de notre propre désir confronté à celui du patient.

Le turnover de la file active, la fréquence des abandons, sont ici le gage d'une possibilité de mise au travail. L'échec devient relatif. Cette expérience est une avancée significative dans une appropriation de son histoire par le sujet, et non dans une appropriation d'un symptôme connoté moralement et non adressé.

Avoir un travail, être au travail : la problématique de l'avoir et de l'être se joue ici. Le désir d'insertion ou le désir d'être au travail renvoie à la question du désir en général.

Pour le patient psychotique, l'identification au désir de l'autre lui colle à la peau, elle va lui assigner une place, la place que l'autre veut.

Exemple : Mr A est assigné à un rôle de travailleur sous l'injonction de sa mère, elle ne peut l'accepter que comme individu travaillant. Devant l'impasse thérapeutique, le désir de la mère fut relayé par l'équipe soignante et il fut admis à l'ESAT. Quelques mois plus tard,

devant l'aggravation de son état, il fut hospitalisé dans un climat de rejet familial. C'est sans doute ce rejet et l'abandon du projet ESAT par l'équipe, qui favorisera, paradoxalement, sa propre demande d'admission à l'ESAT.

L'accession rapide à l'ESAT, aucune demande d'une équipe de soin n'étant rejetée à priori et se concluant toujours par un essai, permet aux soignants soucieux d'une certaine normalisation, de se déprendre d'une toute puissance sans exclure ce souci dans la prise en charge. Ne serait-ce qu'avec la possibilité de ne pas faire de demande d'AAH trop tôt, pour certains jeunes stagiaires.

Elle permet également de faire échapper certains patients, enlisés dans l'institution, au circuit en boucle hôpital – maison de postcure.

Ce qui réunit nos stagiaires c'est leur problématique en tant que sujet et leur relation à l'autre. La plupart ont des modes d'existence hachés par des ruptures, des rechutes, des hospitalisations, des échecs avec la question de la mort psychique toujours présente. La question du travail est souvent liée à celle de l'habitat, où « s'insérer » est parfois pris au pied de la lettre : pouvoir s'habiter soi même. S'insérer, c'est habiter son désir, son corps, son espace propre, son projet de travail.

Certains, trop soumis à l'injonction de trouver un emploi, sont dans une impossibilité de s'insérer.

Exemple : Mr D n'avait de cesse de faire des démarches d'entretiens d'embauche ou de demandes de formation, sur l'injonction de son père, cadre commercial. Il essayait des échecs répétés qui l'amenaient à un vécu douloureux et l'ancrait dans la persécution. Après une visite à l'ESAT, il fait un essai d'une demi-journée au cours de laquelle il ne peut s'éloigner de son véhicule et il demande son hospitalisation.

La tentative thérapeutique passera par un projet d'hôpital de jour et un hébergement indépendant de sa famille. La demande d'insertion put prendre un autre tournant et le patient allait se donner un peu de temps pour questionner son rapport aux autres et au désir de son père. Aujourd'hui il travaille en ESAT.

Proposer une insertion, c'est oser confronter à la réalité le désir de combler de façon parfaite et totale, l'attente d'insertion. Le fait, pour les équipes soignantes, de travailler avec un ESAT comme le notre, paraît important dans la remise en route d'une dynamique vitale. Il est difficile de savoir à l'avance si les patients vont pouvoir se saisir de cet espace, qui pourra devenir, espace transitionnel pour les uns, lieu de reconnaissance et/ou support d'existence pour les autres.

La souplesse du processus d'admission facilite les insertions ou réinsertions, d'autant plus que notre démarche peut être soutenue par l'hôpital de nuit du CH VALVERT qui reçoit en priorité des patients inscrits dans un projet de travail ; nous travaillons également avec l'hôpital de nuit de la Conception et d'autres structures d'hébergement thérapeutique.

Certes de nombreux stagiaires arrêtent l'ESAT et parfois abandonnent toute idée d'avoir un emploi. Ce n'est pas forcément un échec mais plutôt une évolution, la confrontation avec le milieu du travail permet à ces adultes une reconnaissance de leur pathologie, un processus de deuil du mythe du travail, (y compris pour leurs proches). Pour d'autres l'espace travail a pu opérer comme un espace transitionnel permettant une séparation avec la famille.

Exemple : l'avenir de Mr M ne pouvait être qu'abandon à l'institution par son père ? La perspective d'une admission à l'ESAT fut le seul projet qu'il put défendre vis-à-vis de son père ; cela lui permit par la suite d'envisager son entrée à l'hôpital de nuit, puis d'avoir un appartement seul.

L'ESAT, comme instrument de soutien aux soins, rend possible aux personnes accueillies, une avancée dans leur compréhension d'eux même et dans leur rapport à la réalité extérieure, cela valide les liens conventionnels qui nous unissent aux secteurs de psychiatrie générale.

Si la réinsertion est proposée aux plus aptes (ceux qui ont une RQTH), comment se situer en dehors du handicap pour proposer une mise au travail ? Il faut laisser la porte ouverte aux surprises des réinsertions non prévues. C'est ce que nous essayons de faire.