

**Séminaire « Maladie Mentale et Insertion Professionnelle »
3 et 4 décembre 2001**

Intervention de Roger GAYTON¹

**LES TRAITES QUI DISTINGUENT LA PROBLEMATIQUE DE
L'INSERTION PROFESSIONNELLE
DES MALADES MENTAUX**

Auteurs associés : Dr Catherine MASSOUBRE²
Dr Guy CARROT³
Pr François LANG⁴
Pr Jacques PELLET⁵

¹ Chargé des alternatives à l'hospitalisation – Hôpital Bellevue, pavillon – 42055 Saint Etienne Cedex 2

² Assistante chef de clinique, même adresse

³ Patricien hospitalier, même adresse

⁴ Professeur – chef de service, même adresse

⁵ Professeur – chef de service, même adresse

Chargé des alternatives à l'hospitalisation pour trois services de psychiatrie adulte Professeur PELLET, Professeur LANG et Docteur STRAUB-. Ces alternatives nous les appelons dispositif modulaire intégré au système de soins. La clé de ce dispositif est le contrat tripartite. Il engage le patient, l'équipe de soins et la structure d'accueil. Il est la banque de données des savoirs de chaque intervenant en vue de la construction d'un projet de réinsertion sociale et/ou professionnelle.

➤ SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET MALADIE MENTALE

Dans mon cadre professionnel, je me définirais comme une personne multi-teinte. Je suis traversé par différents courants : clinique, sociologique, législatif, financier, etc.... Je questionnerai ma pratique à partir de trois grands repères et je tenterai d'en décrire les interactions en m'appuyant sur mon expérience sur des situations concrètes.

Nous pensons que l'individu est habité par trois grands champs : le psychisme, le socio-économique et la qualité de vie (vie affective et communautaire). La frontière entre la souffrance psychique et la maladie mentale n'est pas clairement définie ni clairement située. Les personnes en grande difficulté peuvent présenter un tableau clinique faisant penser à la maladie mentale. Parfois, l'aide thérapeutique peut être une solution pour permettre à l'individu d'accéder à un confort de vie. Je pense ici à ces personnes envahies par leur travail, se vivant comme incapables etc. à qui arrive une multitude d'ennuis qui prennent une importance démesurée et qui perdent le sommeil. Nous disons qu'ils sont envahis. L'aide thérapeutique peut éviter une enkystement de la situation.

Cette situation nous la rencontrons fréquemment chez les salariés, cadres, stressés à l'idée de perdre leur emploi. Nous la rencontrons aussi chez des personnes en grande précarité qui se trouve dans un « désert » ne sachant plus à quelle solution se raccrocher et pour qui « rien ne marche ».

Il n'y a pas chez eux de maladie mentale dans le sens où elles peuvent élaborer un projet, où la vie les habite. Elles peuvent, parfois avec l'aide d'un tiers, hiérarchiser leurs préoccupations et inscrire la lecture de leur vie dans la réalité.

Nous vivons dans une société où tout va vite, nous pouvons presque tout faire. Les distances se raccourcissent dans le sens où elles sont parcourues plus vite, avec internet nous communiquons loin. Ce qu'il y a de paradoxal, c'est que plus il y a de moyens utilisés plus nous entendons dire autour de nous « je n'ai pas le temps ».

Nous sommes aussi dans une société qui nous précarise. On doit changer d'emploi plusieurs fois, quitter son lieu d'origine, assurer de multiples fonctions dans son travail. Cela procure des bouleversements dans la représentation que nous avons de notre avenir. Cela va « taquiner » la représentation de nos objets sociaux, c'est à dire nous, sujet, comment apparaissions-nous sur la scène sociale ? Pour certains, c'est organisé autour du travail, pour d'autres autour du logement, autour de la vie en famille, etc... Si un bouleversement se présente, comme une perte de travail, une rupture du lien se crée dans la représentation de notre avenir. Il faut réorganiser cette représentation, recréer le lien. Gymnastique pas forcément facile, parfois le tremplin, pour se lancer, a disparu. Ces phénomènes vont agresser notre narcissisme. Nous pouvons avoir une obsession de la perte (perte de nos illusions, honte, découragement, humiliation). Cela peut être vécu très négativement et engendre une souffrance. Ce n'est pas pour autant qu'il y a maladie mentale. Mais l'enkystement, la chronicisation de ces situations peuvent aussi nous amener à une déstabilisation de notre système psychique, réveiller des refoulements et par exemple devenir une maladie mentale. En général, avec un accompagnement thérapeutique temporaire, tout se passe bien, il y souffrance psychique mais pas maladie mentale.

1. LA MALADIE MENTALE

La maladie mentale comprend deux grandes classifications : la psychose et la névrose. Ces deux classifications sont déclinées avec des critères, l'OMS les a répertoriées dans la CIM 10 et les américains dans le DSM IV. Elles servent de référence internationale.

➤ LA PSYCHOSE

Une pathologie aiguë ou chronique, où la différence entre les patients et les autres n'existent pas, c'est à dire entre le soi et le non soi. Ces personnes dénie leurs troubles, et parfois même leur famille n'en a pas conscience. Nous trouvons : les psychoses aiguës (bouffées délirantes), les psychoses puerpérales, les psychoses chroniques (schizophrénie, paranoïa, psychose hallucinatoire chronique, etc...). La psychose maniaco-dépressive est plutôt classée actuellement dans les troubles de l'humeur en tant que troubles bipolaires. Dit autrement la psychose est un tissu qui serait construit avec une trame mais sans chaîne. Aucun support ne soutient la trame et tout contact avec un phénomène extérieur engendre un vide.

➤ LA NEVROSE

Actuellement, elle a disparu des classifications internationales. Ce sont des patients qui ont conscience de leur trouble et qui en général consultent d'eux mêmes. On trouve les troubles anxieux, les phobies, les obsessions, la névrose post-traumatique, l'hystérie. Si je reprends l'exemple du tissu, il serait construit avec une trame et une chaîne, mais il aurait un mauvais maillage par endroits. Toute pression extérieure peut fragiliser ce mauvais maillage et créer de grandes difficultés.

Dans l'exemple des structures gérées par notre association, nous accueillons très peu de névrotiques. Notre expérience est donc très limitée dans ce domaine. En revanche, les personnes psychotiques, et les troubles de personnalité type états limites représentent la majeure partie de la population dont nous avons la charge. Pour être plus précis, nous avons plus de 84 % de personnes atteintes de schizophrénie.

➤ LA SCHIZOPHRENIE

Nous pouvons dire que toutes les personnes présentant ces troubles, ont une pensée en distorsion avec la réalité. Ce qu'elles pensent est vrai et leur dicte leur conduite. Celle-ci est accompagnée de délires, d'hallucinations, perte de notion et de la continuité du temps et de l'espace. Cela me fait penser à cette personne qui était dans un placement familial 15 jours par mois. Son interrogation était de savoir si les autres (ceux qui étaient hospitalisés) étaient morts et à l'inverse lorsqu'elle était à l'hôpital, si la famille d'accueil était morte. Sa pensée n'était jamais dans le bon lieu. Nous avons mis en place avec l'équipe de soins tout un système de lien, téléphone, lettres, visites.

➤ INTEGRITE INTELLECTUELLE

Il est important de garder à l'esprit que les malades mentaux ont une efficacité intellectuelle complète. Mais en période de pathologie active, la maladie peut altérer cette intégrité intellectuelle.

Pour une personne reçue dans la structure LIFT, la réacquisition de la lecture et de l'écriture était le premier objectif, pourtant ce stagiaire avait fait une année de faculté, mais la maladie l'a fait régresser et lui avait obéré l'écriture et la lecture. Le faire lire et écrire était l'amorce d'une communication.

➤ **SOUFFRANCE PSYCHIQUE DANS LA PHASE ACTIVE DE LA PATHOLOGIE**

Il est très difficile de comprendre la souffrance de ces personnes. Les conduites inadaptées nous heurtent. Elles s'expriment sous différentes formes, tant au niveau des comportements que de la parole. Elles s'inscrivent dans un décalage entre la réalité et la capacité à étayer leur appareil psychique.

Une malade dans le service ne pouvait supporter sur elle aucun vêtement, elle ne pouvait pas aller aux toilettes, ne se couchait pas dans son lit mais sous le lit. Elle fuguait de sa chambre, etc... Je l'ai revue à sa sortie de l'hôpital, et elle m'expliquait « je savais ce que je faisais mais je ne pouvais pas m'empêcher de le faire, je n'arrivais pas à repérer les soignants »... Elle souffrait de ne pas pouvoir être en harmonie avec sa pensée et les actes qu'elle mettait en œuvre. Cela peut nous renvoyer à des situations que nous avons pu vivre. Par exemple, dans une réunion où nous avons un point de vue différent des autres, nous sommes un peu chahutés et, nous le vivons mal. A la sortie de la réunion, nous essayons de nous reconstruire en disant « ils ne veulent pas comprendre, je les ai dérangés, ils sont chroniques dans leur travail », enfin toute une série d'arguments tentant d'expliquer la situation. Si nous n'élaborons pas, nous allons nous vivre comme complètement dévalorisé, incapable. Nous pouvons avoir un petit effondrement narcissique et là se situe la souffrance.

2. INSERTION SOCIALE OU PROFESSIONNELLE

Pour s'intégrer, c'est utiliser un cadre de référence inscrit dans notre histoire. Ce cadre de référence n'est pas forcément conscient. Nous l'avons acquis sur des fonctionnements de notre famille, de notre quartier, des amis, de l'école, etc... La dialectique entre ces différents pôles (qui ne sont limitatifs) nous a construit et nous a donné des conduites. C'est à dire à ouvert des portes dans notre appareil psychique.

➤ **LES PORTES**

Entamer une démarche de réinsertion avec ces personnes, c'est créer une rencontre avec la réalité. Réalité, comme je l'ai dit, occultée par la maladie. Nous allons proposer à des personnes d'ouvrir des portes dans leur appareil psychique. Ces portes soit existent mais sont idéalisées, soit elles ne sont pas présentes dans leur tête. Ces portes visent l'insertion professionnelle, la qualité de vie (affective, relation à l'autre, sexualité, amitié, etc...) et communautaire (réseau de relations, participation à des groupes, à des activités sportives, etc...). Ces portes ne peuvent pas s'ouvrir avec le même schéma pour tous les individus. Nous ne pouvons pas avoir de modèle mais des tendances. Il n'y a pas un passe-partout général. Considérons la porte travail.

➤ **LE TRAVAIL**

Le travail est un objet social. La distorsion entre notre représentation du travail et sa réalité engendre des souffrances que nous vivons mal. Pour la population qui nous concerne, le travail est parfois perçu comme quelque chose de magique. Il n'est pas rare d'entendre « si je travaille, je serai comme les autres donc je serai guéri », d'où des arrêts de traitement, des arrêts de consultation. Dans ces cas-là, il faut agir avec beaucoup de précautions.

Entamer un processus de réinsertion dans le monde du travail demande que la personne puisse intégrer mentalement et psychologiquement des pré-requis :

- Intégrer les rythmes (rythme de la journée de monsieur tout le monde, rythme du travail, etc...)
- Intégrer des repères (dans l'espace, comment et que dois-je mettre en œuvre pour me rendre à mon travail, quel transport dois-je prendre, quelle en est la durée, à quelle heure dois-je partir, etc...)
- Intégration du temps (respecter les horaires, les jours de travail)
- Admettre le regard des autres sur soi, sur le travail produit.

Nous pouvons en citer d'autres. Ce parcours et les acquisitions, que la personne doit faire, demandent une inscription dans le temps. La pédagogie employée doit favoriser une capitalisation du savoir. Nous avons mis en place à LIFT un portefeuille de compétence, les stagiaires rangent dans un classeur tous les modules effectués, leurs évaluations du parcours au sein de la structure LIFT. Cette méthode constitue un lieu objectivable du parcours et aussi fera le lien entre le projet et les acquis.

➤ **LE RYTHME DE TRAVAIL**

Très souvent nous concevons le travail ou plutôt la durée du travail à raison de 39 heures par semaine. Nous nous sommes rendus compte que la plupart des personnes le retour à l'emploi demandait une énergie très importante, de l'exigence, de l'attention, de la fatigue. Envisager de les faire travailler soit de manière alternée, un jour de travail, un jour de repos, ou trois mois à temps complet, trois mois de repos, etc... peut être un facteur de réussite.

Dans la préparation à l'emploi, nous devons avoir une attention particulière pour ces rythmes. Ce la me fait penser à cette personne qui avait une pathologie obsessionnelle. Il lui fallait trois heures de préparation avant de partir au travail. Elle se levait à 5 heures pour partir à 8 heures. De fait, elle a tenu deux mois et après il y a eu altercation avec le chef d'atelier, cela s'est terminé par un licenciement.

Rechercher un travail en adéquation avec le rythme de l'individu peut être un fonctionnant assez bien avec ce type de population. Dans notre cas, nous avons fait le choix d'insérer en milieu de travail ordinaire les personnes atteintes de troubles mentaux, par l'intermédiaire de l'entreprise d'insertion gérée par notre association. Cette entreprise d'insertion a une particularité, elle est intégrée à l'intérieur d'une PME, c'est à dire, d'une part, que les salariés de la PME et les salariés de l'entreprise d'insertion rentrent par la même porte, mangent à la même cantine, fument au même endroit, etc..., d'autre part, que le lieu de travail est dans le même atelier, chacun est sous le regard de l'autre et on peut établir des comparaisons au niveau de la production. Ce mode de fonctionnement est, selon nous, l'élément indispensable à leur revalorisation, à leur prise de conscience, étape qui constitue un vecteur important de la réinsertion.

Dans cette entreprise, nous pouvons, en accord avec les personnes en insertion, aménager les postes de travail (à mi-temps, par exemple tous les matins ou tous les après-midi, ou deux jours de suite avec une journée de repos et accélérer ensuite le rythme progressivement).

➤ LA DOUBLE-TRIPLE COMMANDE OU TROUBLE COGNITIF

Lorsque nous accompagnons une personne dans l'insertion sociale et/ou professionnelle, nous avons fait l'inventaire des potentialités dans les trois champs suivants : appareil psychique, socio-économique, qualité de vie -affective et communautaire-.

Dans le cadre de la psychose, les troubles cognitifs font partie intégrante de la maladie. L'amélioration de ces fonctions cognitives est un objectif intéressant pour renforcer l'adaptation sociale et/ou professionnelle. En général, les troubles attentionnels, les perturbations des stratégies d'acquisitions, les ralentissements des processus d'apprentissage, les difficultés d'auto-correction, les difficultés du maintien de nouvelles informations, contrarient, mettent en échec, ralentissent, perturbent les apprentissages de réinsertion.

Ces troubles de l'attention ont été longtemps négligés car ils étaient considérés comme un simple défaut de motivation. Nous trouvons aussi une perturbation des activités de gestion de plusieurs informations lorsque la tâche requiert un traitement plus complexe.

Ces troubles nous les retrouvons dans les trois champs : appareil psychique, socio-économique, qualité de vie -affective et communautaire-. Une dialectique va s'organiser dans ces trois domaines et inconsciemment la personne recherchera la réponse la plus économique pour son appareil psychique mais pas forcément la plus adaptée.

Cela nous amène à faire des choix dans les actions que nous allons engager. Par exemple, si nous décidons d'une action d'insertion sociale, prendre un appartement, s'intégrer dans le quartier, etc..., nous ne parlerons pas de travail et nous hiérarchiserons les objectifs à atteindre dans cette insertion sociale.

➤ DANS LE TRAVAIL

Nous rencontrons la même difficulté dans le cadre du travail, ce qui semble acquis dans la journée, n'est pas forcément reproduit le lendemain.

Dans l'entreprise d'insertion, dont l'objet est le conditionnement de différents produits, les personnes sont amenées à effectuer plusieurs tâches. L'encadrant explique et vérifie si les personnes ont compris. Le lendemain, ou parfois après la reprise du travail l'après-midi, nous nous apercevons qu'elles ne savent plus faire. Très souvent, elles le cachent, s'appuient sur le compagnon d'atelier pour réapprendre les gestes ou rejettent la faute sur les autres. Nous dirons qu'elles mettent en place des stratégies d'évitement. Elles peuvent l'exprimer par des replis, de la colère, de la non réponse aux questions. Très souvent, l'encadrant complètement déconcerté, peut avoir une réaction agressive, ou faire le travail à la place du sujet et surtout ne pas comprendre ces attitudes.

Dans cette situation, les mots prennent une force disproportionnée, ils ne sont pas entendus comme un langage d'atelier et ils sont très souvent vécus comme violents, agressifs et dévalorisants. Un autre constat, le bruit, le déplacement des compagnons, la cadence à tenir, le regard de l'encadrant enfin tout ce qui se passe dans l'atelier est vécu comme une mise en danger de la personne et de son intégrité. Comme nous l'avons dit, elles ne hiérarchisent pas, donc elles emmagasinent tous ces phénomènes, se trouvent déstabilisées, et bien sûr souffrantes.

➤ RECONNAISSANCE TRAVAILLEUR HANDICAPE

- De la place des soignants ou thérapeutes.

Faire cette démarche, signifie pour le soignant qu'il doit faire le deuil d'une partie des capacités de la personne, c'est à dire qu'il aurait pu mettre à jour tous les freins invalidants le patient. Nous l'avons vu, ils ont des savoir-faire cachés ou des savoir-faire difficilement utilisables dans l'insertion. Faire cette démarche, n'est-ce pas admettre une pathologie schizophrénique et abandonner tout espoir, donc mettre en place des réponses à la baisse, moins vivantes ? C'est éventuellement se faire envahir par la nosographie psychiatrique qui, si l'on s'y prend pas garde, nous parasite dans nos comportements. Faire cette démarche, c'est aussi signifier au patient le versant invalidant de sa maladie et favoriser la régression. Le danger, c'est qu'il s'installe dans cette situation.

Cette démarche est aussi vécue comme un enfermement dans la notion du handicap, on n'en sort pas même si on sait qu'on peut en sortir.

Nous considérons en nous appuyant sur les points cités que la démarche de reconnaissance travailleur handicapé peut être une contre indication thérapeutique si la personne n'arrive pas à mettre un sens et du lien dans le projet de réinsertion.

- Du point de vue du malade.

La notion du handicap peut être vécue comme un déni de sa parole lorsqu'il dit «je peux travailler ». Elle est aussi la perte des illusions du patient, il fera un lien négatif handicap égale perte de vie normale. Accepter la reconnaissance de travailleur handicapé, c'est aussi apprendre à gérer le handicap et prendre conscience de sa maladie. Le cloisonnement fait sous ces deux approches ne sont que de repères. Ces repères s'entremêlent, certains deviennent dominants, occultent les autres, ils peuvent être contradictoires.

Dans mon propos, il ne faut pas entendre qu'aucune reconnaissance travailleur handicapé n'est demandée. Mais nous la demandons tardivement après un travail d'élaboration avec le patient afin que cette reconnaissance prenne un sens et ne soit pas trop contradictoire avec le projet construit avec la personne. LEUR TEMPS N'EST PAS NOTRE TEMPS.

➤ **En conclusion**

Ce qui rend particulièrement difficile l'évaluation des capacités face à l'insertion des personnes souffrant de maladies mentales, c'est qu'il s'agit pour l'évaluateur de réaliser la synthèse entre l'observation :

- D'éléments objectifs concernant l'histoire de la personne (passé professionnel, scolarité, vie familiale), démontrant l'existence antérieure d'un potentiel
- D'éléments objectifs concernant la réalité actuelle de la personne, réussite aux évaluations des connaissances, état de santé physique, situation sociale
- Et des éléments liés à la pathologie qui invalide le rapport de l'individu à lui-même et aux autres et ne permet pas au potentiel existant de s'exprimer dans le cadre de la socialisation, du travail, de la vie sociale, etc... Il faut favoriser pour chaque personne en difficulté un projet individualisé dans lequel elle pourra conjuguer le passé, le présent et le futur.

J'espère avoir apporté quelques lumières au milieu de ce labyrinthe de la maladie mentale, au milieu du labyrinthe de la pensée, nous sommes tous à la recherche de réponses efficaces.

Entre l'appropriation du fonctionnement de l'appareil psychique et l'appropriation de l'insertion sociale et/ou professionnelle se situe l'espace commun où une collaboration inter-institutionnelle doit s'organiser. De la psychiatrie au champ social et vice versa, il faut que nous acceptions de créer et de gérer cet espace de négociations, afin d'aider à reconstruire l'espace interne (qu'elle négociera) de la personne atteinte de troubles mentaux en démarche de réinsertion.