



Fonds social européen

Maladie mentale, handicap psychique et insertion professionnelle.

Un état de la question dans le Réseau Galaxie

**Pierre Vidal-Naquet
(Cerpe)
Septembre 2003.**

Le réseau Galaxie rassemble depuis avril 2002, un certain nombre de structures spécialisées dans l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques. Depuis cette date, les membres du réseau se sont réunis à de multiples reprises afin de promouvoir un travail de réflexion sur le thème de l'insertion professionnelle des malades mentaux, d'échanger sur leurs pratiques et de définir ensemble un certain nombre de perspectives. L'enjeu de ce programme est en effet de dégager les grandes lignes d'une culture commune, et le cas échéant favoriser le renouvellement des politiques publiques dans ce domaine.

Des documents ont d'ores et déjà été produits par le réseau. Certains, rédigés par le COPAS qui avait en charge l'animation des réunions de travail portant sur des thèmes tels que l'évaluation, le maintien dans l'emploi, la transition, l'accompagnement et la sensibilisation. D'autres rédigés par le CERPE, dont un texte¹ issu d'une enquête de terrain réalisée auprès des membres du réseau Galaxie. D'autres enfin rédigés par le réseau et ses membres.

A partir de ces réunions, de cette étude de terrain et d'un questionnaire adressé récemment aux membres du réseau, il est possible actuellement de faire le point à la fois sur les grandes lignes qui font consensus, et sur celles qui restent à discuter et à clarifier. En effet, la diversité des structures membres du réseau constitue une richesse en matière d'analyse et de confrontation des pratiques. Elle est aussi la source d'idées, de conceptions, de positionnements différents qui enrichissent un débat toujours en cours au sein du réseau. Cette synthèse présente un état de ces débats. Elle n'engage que son auteur.

¹ Pierre Vidal-Naquet, Troubles psychiques et insertion professionnelle, Enquête auprès du réseau Galaxie, Mai 2003.

I. LES ESPACES CONSENSUELS

1.1. La distorsion entre les cadres et les missions.

Le premier point est acquis depuis longtemps puisqu'il est à l'origine de la création du réseau. Les différentes réunions qui se sont succédées n'ont fait que confirmer les prises de position initiales.

En effet, toutes les structures font le même constat d'une très grande distorsion entre d'une part le cadre administratif et réglementaire dans lequel elles sont contraintes d'évoluer, et d'autre part l'objet même de leur mission. En d'autres termes les outils dont disposent ces organismes sont décalés par rapport aux exigences requises par le travail d'accompagnement des personnes handicapées psychiques. Les raisons de ce décalage tiennent au fait que les textes qui organisent le secteur s'inscrivent dans une logique généraliste. Les uns concernent l'insertion professionnelle des personnes sans emploi, que celles-ci soient ou non handicapées. Les autres ciblent un public handicapé et visent à soutenir son intégration dans la société, sans pour autant prévoir de mesures spécifiques en fonction du type de handicap. Dans ces conditions, les structures qui se sont spécialisées dans l'accompagnement des malades mentaux ont dû construire leurs dispositifs d'intervention en puisant dans un ensemble de ressources qui, à l'origine, n'étaient pas conçues pour ce type d'action. D'où une certaine distance, parfois importante, entre les textes qui encadrent ces structures et les pratiques de celles-ci.

Les conséquences de ce décalage sont nombreuses. Elles perturbent le fonctionnement des structures, et partant, le service rendu aux personnes qu'elles accueillent.

Ainsi, faute de pouvoir caler les dispositifs d'aide à l'insertion sur la situation réelle des personnes handicapées, les structures sont obligées de fractionner différentes actions pour soutenir un cursus d'insertion socio-professionnelle. Un tel morcellement est contradictoire avec l'impératif de continuité qu'il est souhaitable de préserver lorsqu'il s'agit de soutenir l'intégration de personnes fragilisées par des troubles psychiques.

Mais il y a plus. Les structures sont obligées d'adapter les programmes qu'elles mobilisent pour les faire correspondre aux besoins des personnes qu'elles reçoivent. Ce qui les contraint parfois à dénaturer l'esprit dans lequel ont été conçus les programmes originels. La plupart du temps, ces ajustements reçoivent l'appui des organismes de tutelle. Mais celui-ci n'est pas toujours acquis, loin de là. Ensuite, lorsque ce soutien est accordé - souvent à titre expérimental - il est bien souvent le résultat de négociations interpersonnelles. Il dépend du degré de tolérance que la tutelle accorde à la dérogation. Les cas sont très souvent cités, de programmes qui sont révoqués à l'occasion de la mutation des personnels administratifs.

A l'évidence, ce système dérogatoire nuit à la pérennité des actions. Ce qui pénalise, bien entendu, les bénéficiaires, mais aussi ce qui affaiblit économiquement les structures, pressées d'explorer en permanence de nouveaux programmes pour tenter d'autres adaptations.

Pour pallier cette fragilité, certains organismes ont opté pour des cadres juridiques et administratifs plus pérennes. Mais, selon eux, il s'agit là d'un moindre mal qui ne correspond pas non plus véritablement à la diversité des situations que connaissent les malades mentaux.

Enfin, l'existence de ce décalage a pour effet de masquer une grande partie du travail effectivement consenti pour accompagner l'insertion professionnelle des malades mentaux. En effet, le « travail d'ajustement » ne peut être contenu dans les cadres dessinés par les programmes. « Nous bousculons nos cadres de travail habituels (...) Nous pouvons parler de préorientation à deux temps » (ADAPT). Les « débordements » sont permanents. Ils sont, de surcroît, plus ou moins occultés afin que les structures puissent rester dans l'esprit du programme et ne pas risquer une remise en cause ou une révision des soutiens. L'exemple le plus couramment donné est celui de l'accompagnement qui, très souvent, dure bien au-delà de ce que prévoient les différentes actions. « La durée de l'accompagnement dépasse souvent les 18 mois » souligne l'INFA, malgré des prestations calibrées pour une durée de temps égale ou inférieure à 18 mois. La non-reconnaissance de ces interventions « à bas bruit », est non seulement facteur de découragement pour les opérateurs, mais surtout affaiblit la portée des actions entreprises. De telles interventions n'entrent pas en effet dans l'évaluation des programmes ce qui altère la validité de leur appréciation. Afin de ne pas ruiner le fameux « effet vitrine »², elles sont rarement prises en compte dans les bilans et de ce fait ne font aucunement l'objet de capitalisation et de mutualisation. Ainsi, comme le signale le LIFT, « la majeure partie du temps, et cela est très regrettable, quand nous parlons de notre travail, happés par les effets vitrine institutionnels, nous occultons la chair de notre travail d'accompagnement. Ne nous heurtons-nous pas aux représentations inavouables qui mettent en veille le réel processus d'accompagnement ? ».

1.2. La non-linéarité de la maladie mentale.

La spécificité de la maladie mentale est au cœur de cette distorsion entre les cadres et les missions que vivent les différents opérateurs dans leur quotidien. Là encore, les regards portés sur la maladie mentale sont très convergents.

De façon unanime, tous les partenaires du réseau Galaxie reconnaissent que l'instabilité est la principale caractéristique des personnes qu'ils accueillent dans leurs établissements. Cette instabilité se traduit par des comportements « en dent-de-scie », les périodes d'équilibre, qui peuvent être plus ou moins longues, pouvant être suivies, de façon brutale, par des crises de décompensation. Il y a « possibilité de rechute à tout moment » ou bien risque « d'évolution déficitaire de la maladie » selon le LIFT.

Certains avancent l'idée de « non-linéarité » de la maladie mentale pour rendre compte de son caractère discret et de la discontinuité de son évolution. « Ce public bouscule l'idée de linéarité dans le parcours » (ADAPT). Mais ils ajoutent aussi que les personnes atteintes par cette maladie sont en difficulté de repères spatio-temporels, ce qui est une manière de parler de la « non-linéarité psychique » des

² Le LIFT, « Quelle alternative aux dispositifs linéaires de compensation des handicaps ». Note ronéotée, Août 2003.

individus . « La personne a des difficultés à percevoir clairement où elle se trouve » (Messidor) aussi bien dans le temps que dans l'espace. Le positionnement dans une place sociale est tout aussi problématique car « des difficultés relationnelles sont toujours présentes avec un mauvais positionnement (agressivité, inhibition) lié à l'existence d'une dévalorisation narcissique » (Club Arihm). Un tel retrait narcissique entraîne aussi une difficulté de repérage par rapport à soi, la personne étant alors dans une démesure soit positive (la surestimation de soi), soit négative (dévalorisation de soi). Dans ces conditions, il devient difficile pour le sujet de donner sens à ses différents comportements, à les inscrire dans une suite logique et finalement à les relier selon une « ligne » continue. « La personne présente un fonctionnement morcelé, avec une difficulté de relier les choses, à les capitaliser, à rattacher les événements, les actions entre eux » (Messidor).

Cette instabilité et cette absence de linéarité rendent impossible toute vision prédictive de la part d'observateur extérieur. En effet, les éventuels basculements dans la décompensation sont imprévisibles. « Un petit événement dans leur vie peut les faire basculer » (INFA). Les événements susceptibles d'inverser des parcours et d'anéantir des projets sont inclassables. Tout dépend en effet de la façon dont ils sont reçus et interprétés par le sujet. Un léger changement de cadre, une éphémère perturbation, mais aussi à l'inverse un cadre trop sécurisant ou même l'atteinte d'un objectif longtemps espéré, peuvent devenir des facteurs de turbulence et générer des phénomènes de décompensation. L'exemple le plus couramment donné est celui de l'obtention des CDI. Le CDI est l'un des premiers critères retenus pour évaluer la réalité d'une insertion professionnelle. Mais l'expérience montre, que les CDI peuvent aussi plonger les bénéficiaires dans des angoisses insupportables et, paradoxalement, produire de la désinsertion. On ne saurait pour autant plaider sans hésitation pour la vertu des CDD, lesquels – pour des raisons exactement inverses – peuvent aussi donner les mêmes résultats.

Ainsi, les trajectoires des individus souffrant de troubles psychiques sont très fortement marquées par l'incertitude. Elles ne peuvent aucunement faire l'objet d'un jugement prédictif.

Autrement dit, les individus qui entrent dans une structure d'insertion ne s'inscrivent pas dans un parcours linéaire, leur permettant de franchir différentes phases pré-déterminées. Certes, un tel cursus est toujours plus ou moins proposé, et il arrive, fort heureusement, que certains parviennent à passer avec succès d'une étape à l'autre. Mais, les membres du réseau soulignent tous, la relativité de la notion de « progrès » appliquée aux processus d'insertion des personnes souffrant de maladie mentale. L'amélioration d'un état, la stabilisation d'un comportement ne sont en effet jamais garanties, les capitalisations jamais définitivement acquises. Les régressions les plus brutales et les plus imprévisibles ne peuvent à aucun moment être définitivement écartées.

Pour l'équipe du LIFT, « tout semble se passer comme pour le phénomène physique de « résonance » selon lequel une oscillation s'amplifie sous l'influence des impulsions de fréquences voisines. « Pour les troubles psychiques, on a le sentiment, lors des phases de décompensation, les perturbations internes (celles de l'appareil psychique) entrent en résonance avec les aléas de l'environnement ». On comprend, grâce à cette métaphore, comment les perturbations observées peuvent

être sans proportion avec les aléas qui les ont générées. Pour parler de ce genre de phénomène complexe, des physiciens comme Ilya Prigogine, parlent de « l'effet papillon ». Au travers d'effets dominos imperceptibles, un simple battement d'aile peut contribuer à l'occurrence d'un ouragan dévastateur...

1.3. L'inadéquation de la logique de compensation.

Le handicap psychique met à l'épreuve la logique de la compensation. C'est là aussi, un point de convergence entre les partenaires de Galaxie.

Or, cette logique de la compensation sous-tend les grandes lois sociales relatives à la réduction du handicap . Celles-ci s'appuient en effet sur des principes de discrimination positive et de rattrapage social. Elles mettent en place diverses mesures de compensation visant à combler un manque, à réduire un déficit, à diminuer un retard. De ce point de vue, la notion de handicap est très claire. Elle permet de considérer que tous les individus n'ont pas les mêmes compétences, et que le principe d'égalité des chances ne peut être sauvegardé que si certains d'entre eux - ceux qui sont moins dotés que d'autres – sont susceptibles de bénéficier d'aides spécifiques.

D'où les lois sur les handicaps qui, à partir de la mesure de l'écart à la norme, permettent de définir des aides et de les distribuer à des ayants droit. Les aides peuvent être financières, matérielles et/ou techniques. Leur importance dépend de l'étendue du handicap qu'il s'agit de combler. Les mécanismes de compensation dépendent ici de la capacité que l'on a ou non de définir et de mesurer l'écart à la norme. « Traditionnellement, le concept de compensation du handicap articule une mesure objective du « manque à combler » déterminé et la mise en place d'un équipement ayant pour fonction de limiter les impacts de ce « manque » sur les capacités de la personne à agir dans un environnement donné » (LIFT).

En général, il est possible de mesurer « objectivement » le handicap, et par conséquent de matérialiser la compensation. Bien évidemment, cette « réification » de la compensation – que ce soit dans une technique, dans une organisation spécifique ou dans une allocation – n'est possible qu'à condition que le handicap soit en quelque sorte « consolidé ».

Or, c'est cette « consolidation » qui manque dans le cas du handicap psychique. Nous venons de le voir précédemment, le handicap psychique se caractérise, entre autres par son instabilité, sa non-linéarité et par conséquent la difficulté de sa mesure. Il n'est déjà pas si facile que cela de combler des manques. Il devient quasiment impossible de compenser un « trouble » ou bien encore de construire des « prothèses » pour pallier des comportements dont les manifestations sont imprévisibles. Comment aussi compenser les effets secondaires des traitements psychotropes ?

Pour les partenaires de Galaxie, cette limite de la logique de la compensation n'invalide pas, bien entendu, les dispositifs qui entendent venir en aide aux personnes souffrant de handicaps psychiques. Simplement ils insistent sur l'enjeu

que représente la flexibilité des systèmes et des procédures qui restent encore pour partie à concevoir.

A titre d'exemple, ils soulignent l'importance qu'il y a à réfléchir à l'ergonomie en santé mentale. En effet, les solutions qui ont été trouvées pour corriger le handicap moteur ne sont pas transposables telles quelles au handicap psychique. Notamment, les ergonomes ne peuvent ici proposer uniquement des dispositifs techniques et organisationnels. Ils doivent surtout imaginer comment ce qu'on pourrait appeler la « culture de la maladie mentale » - entendons par là, culture de l'incertain, culture du risque – peut être transmise dans l'entourage des travailleurs handicapés. Nul doute que la diffusion d'une telle culture passe non point par l'apprentissage de comportements standards mais par le développement de conduites fondées sur l'attention et la vigilance. Autant de dispositions qui requièrent une grande souplesse réactionnelle de la part de l'environnement professionnel.

Cela dit, le réseau Galaxie insiste aussi sur l'importance du cadre et donc d'un certain « formalisme » concernant l'assistance aux personnes handicapées mentales. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet qui ne renvoie pas directement à la question de la compensation. Mais, la nécessité du cadrage montre que tout ne s'épuise pas dans la flexibilité. Certes, le pragmatisme est nécessaire pour répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques. Mais en même temps, les éléments de stabilité sont tout aussi importants même si cela peut paraître paradoxal. Ainsi tous les partenaires du réseau parlent par exemple de l'enjeu des référents. Précisément en raison de l'instabilité dans laquelle se trouvent les malades mentaux, l'identification d'un interlocuteur unique peut « compenser » le « déficit » de stabilité. Les intervenants de l'INFA relèvent « l'importance de la cohérence du discours entre les différents interlocuteurs de la personne ». Mais, on voit bien, dans cet exemple, que la compensation requise n'est ni technique ni organisationnelle. Elle est essentiellement humaine.

Dans le même esprit, Messidor propose de pallier le manque de capitalisation que l'on observe chez les malades mentaux, par un certain formalisme. Pour cette structure, il paraît en effet important de mettre en place une validation des acquis officiellement reconnus, dans la mesure « où les personnes atteignent rarement l'obtention d'un diplôme ». En effet, « si la personne fait des rechutes ultérieurement, il est important qu'elle garde une trace officielle de ce qu'elle a fait, de ce qu'elle a acquis ». Ainsi l'inscription d'une mémoire dans l'institution permet de suppléer les déficits de capitalisation par ailleurs constatés. Une stabilité en compensation d'une instabilité.

En définitive, les membres du réseau Galaxie reconnaissent qu'il s'agit d'articuler de façon très pragmatique flexibilité et fixité dans les démarches d'accompagnement.

1.4. L'individualisation des parcours.

Dans ces conditions on ne sera pas étonné par un autre point de convergence qui fédère le réseau Galaxie. Une maladie dont les manifestations sont imprévisibles, et qui s'exprime sur un mode discret, ne peut générer que des parcours de vie

singuliers. La maladie mentale interdit en quelques sortes toute possibilité de classement des comportements. On peut certes se référer à la nosologie pour distribuer les individus selon des classes de maladies. Simplement, il se trouve que les symptômes que l'on peut observer par type de maladie ne se manifestent pas forcément tous, ni en même temps... Certains symptômes peuvent être actifs tandis que d'autres restent « dormants », mais peuvent aussi bien un jour se « réveiller ». De surcroît, certains ajoutent même que « la plupart des conséquences de la maladie mentale sont semblables aux conséquences d'autres types de handicap »(LIFT). Ainsi, les problèmes de mobilité, le ralentissement moteur et intellectuel, la fragilité, la maladresse, les troubles de coordination etc... sont autant de symptômes que l'on retrouve chez des personnes invalidées par toutes sortes de handicaps, y compris moteurs, mais aussi chez elles qui traversent des situations de souffrance psychique.

On comprend alors l'importance que le réseau Galaxie attache à la reconnaissance de l'hétérogénéité des trajectoires de vie et par voie de conséquence à l'individualisation des parcours qui peuvent être proposés aux personnes accueillies. Aux réponses standards, aux procédures normalisées, aux solutions « prêtes à porter » les organismes préfèrent des propositions adaptées et dénormalisées. Ils optent plutôt pour le « sur-mesure ». Il s'agit ici d'inverser le sens de la démarche qui s'impose encore dans ce secteur et qui consiste à demander de fait à l'usager de s'adapter aux dispositifs existants. Le réseau soutient la logique contraire, à savoir caler les modalités de soutien sur les besoins de l'usager, sans préjuger de la nature de ces besoins. Ainsi, à un même profil de handicap ne doit pas nécessairement correspondre un même type d'accompagnement. Celui-ci peut être de courte durée pour les uns, de longue durée pour les autres. Par ailleurs, l'abandon d'un parcours ne doit pas pour autant interdire une éventuelle reprise pour certains, alors qu'il peut indiquer la nécessité d'une réorientation vers les soins pour d'autres. En d'autres termes, il s'agit de substituer une logique de parcours – individualisé - à une logique d'action – normalisée -.

C'est ici la logique de la régulation qui s'impose dans le travail d'accompagnement, plus que la logique de « l'incrémentation ». Rappelons que pour le LIFT, il y a « oscillation du handicap » éventuellement amplifiée par des phénomènes de résonance. Du coup, il s'agirait, par un accompagnement adapté et forcément personnalisé, de neutraliser ces effets de résonance et de procéder ainsi à des régulations de façon pragmatique. Or, de telles pratiques d'accompagnement ne peuvent être prédéterminées par des protocoles d'action. C'est plutôt par tâtonnement, par des séries « d'essais erreur » que les régulations peuvent se produire. Toutefois le réseau rappelle qu'il n'est possible de procéder à de tels ajustements pragmatiques qu'à condition de ne pas se conformer totalement aux prescriptions liées à l'encadrement administratif et réglementaire. «Accompagner une personne présentant des troubles psychiques vers une insertion, c'est lui donner l'occasion d'ouvrir des portes (qu'elle décidera de franchir ou de refermer). Ces portes sont différentes d'un individu à un autre. (...) Dans ce cadre, compenser le handicap nous conduit à trouver les portes, les ouvrir en douceur, faire visiter l'appartement, être plâtrier, plombier, électricien, refermer les portes le cas échéant. Aujourd'hui, il nous arrive même de fracturer les portes... ou tordre les cadres... Comme on veut ! » (LIFT)

A un parcours individualisé doit donc correspondre un mode d'intervention pluri-fonctionnel qui trouve son ressort autant dans les compétences légales et techniques des agents chargés de l'accompagnement, que dans leur aptitude à mobiliser des ressources proprement personnelles. Car c'est au travers de l'établissement de relations inter-subjectives, de « relations de confiance » (Messidor), d'une écoute permanente³ (INFA) que peuvent se définir les contours des parcours individualisés. Il s'agit « d'être au carrefour des diverses demandes et orienter vers les bons interlocuteurs » (INFA). Ce qui demande « une forte implication des accompagnants d'un point de vue psychologique, affectif et personnel ». (INFA)

La nécessité de l'engagement personnel des agents qui ont en charge l'insertion est donc reconnue par tous. « La particularité de l'intervention nécessite (...) une compétence particulière de distanciation et une solidité personnelle et professionnelle face à un cadre de référence mouvant, que ce soit du côté des politiques mises en œuvres à leur égard, que du côté des errances des approches psychiatriques » (ANITA). Mais une telle nécessité pratique soulève un problème non résolu : celui de la professionnalisation de ces agents. Ainsi les structures du réseau Galaxie recrutent leur personnel en jouant beaucoup sur « l'intuition », et là encore en procédant par essai erreur. Certes, certains métiers sont plus sollicités que d'autres. Mais ce sont surtout les prédispositions personnelles qui entrent en ligne de compte. Ce qui, à l'évidence, pose la question de la définition des profils de poste.

L'individualisation des parcours appelle en outre des démarches de type réticulaire. Il faut « travailler en partenariat avec les personnels soignants et sociaux » (Alpha API). A elles seules, les structures n'ont pas la capacité de répondre à l'ensemble des besoins de la personne puisque ces besoins ne sont pas normalisés. De plus, l'instabilité entraîne des désengagements, des abandons de cursus d'insertion. Il est important que ces décrochages ne se traduisent pas par des sorties définitives du champ médico-social. C'est pourquoi la coopération entre les acteurs de ce champ, leur mise en réseau, paraît incontournable. Pour ANITA, les structures doivent assurer « une fonction d'appui et de médiation » pour « compenser les difficultés relationnelles spécifiques » de la personne et lui permettre ainsi de maintenir le lien avec les acteurs dont elle a besoin. Cela dit, les partenaires de Galaxie constatent qu'en dépit de l'accueil favorable réservé au principe de la collaboration, la culture du réseau reste encore largement à construire. Plusieurs obstacles demeurent. Ainsi la collaboration entre le secteur psychiatrique et le secteur social est loin d'être acquise. Cela n'empêche pas forcément l'établissement des réseaux. Mais leur géographie dépend alors des engagements personnels des uns et des autres. Les cas sont fréquents sur une même ville de constater de très grandes différences d'implication des secteurs psychiatriques dans les réseaux. De même la participation de la psychiatrie de ville est très aléatoire.

Le phénomène bien connu de la « patate chaude » est un autre élément qui peut paralyser le fonctionnement réticulaire. Dans ce contexte, le réseau devient alors un espace « de rejet » au lieu d'être un outil de promotion. Mais la question n'est pas univoque car l'existence de réseaux relationnels peut aussi contribuer à

³ « Importance de la dialectique : les personnes interprètent beaucoup les paroles, les comportements. Il faut être prudent et à l'écoute en permanence » (INFA)

neutraliser ce phénomène, du moins à le mettre en débat entre les acteurs qui entendent collaborer. Il reste que bien souvent, les structures spécialisées dans l'accompagnement des malades mentaux fonctionnent plus comme une voie de garage (où on envoie les personnes dont on ne sait plus que faire) plutôt que comme un espace de transition. Mais, ce sont les interpellations réciproques, que permet en principe le réseau, qui peuvent régler ce genre de dysfonctionnement.

II. LES QUESTIONS À CLARIFIER.

Ces points de convergences entre les membres du réseau Galaxie ne sont probablement pas les seuls. Il en existe probablement bien d'autres. Mais il nous semble que ceux-là ont un rôle fédérateur important. Certaines questions en revanche ne font pas encore l'objet d'un véritable consensus. Moins en raison de prises de positions divergentes, qu'en raison de l'existence de pratiques relativement différenciées. En fonction de leur histoire, de leur affiliation, de leur culture professionnelles, les structures qui participent à Galaxie ont dû construire leurs dispositifs d'intervention en puisant dans un ensemble de ressources (financières, réglementaires, statutaires etc...) qui, à l'origine, n'étaient pas conçues pour traiter la question de l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques. Elles se sont donc livrées à un certain travail d'ajustement qui a consisté à inventer des combinaisons originales de ressources et à développer des pratiques ne faisant pas nécessairement l'objet de reconnaissance sociale ou institutionnelle. Afin d'éviter le « formatage par l'offre », les acteurs ont souvent procédé par expérimentation et ont donc imaginé des modalités d'intervention toujours plus ou moins singulières.

Ainsi les différences de positionnement proviennent beaucoup plus des expériences menées par chacune des structures que de partis pris conceptuels. Or, l'un des objectifs du réseau est de mettre à plat ces différentes pratiques, dans leur diversité, afin de procéder à un travail de clarification. La question étant de savoir quels sont les points de vue communs qui peuvent se dégager de la diversité des pratiques.

2.1. Retour sur la maladie mentale et le handicap psychique.

Toutefois, afin de ne pas avoir à dresser simplement une liste rendant compte de la diversité des pratiques, il semble nécessaire de revenir sur les rapports entre la maladie mentale et le handicap psychique qui ont été définis dans des conditions historiques bien précises, mais qui ne correspondent pas véritablement à la réalité que vivent les structures spécialisées. D'où un certain flottement de notion, qui peut être source de malentendus et qui nuit à la mise en place d'une grille d'interprétation de la pratique.

Historiquement en effet, les dispositions qui ont été prises pour venir en aide aux personnes handicapées n'ont pas été pensées en fonction de la spécificité du handicap psychique. Les individus souffrant de troubles psychiques étaient considérés comme des malades, et, à ce titre, ne pouvaient donc bénéficier des

mesures conçues pour soutenir l'insertion des personnes handicapées. On estimait que leur prise en charge devait relever exclusivement du système de soin.

Ce principe de sélection était contesté par les spécialistes de la pathologie mentale qui constataient que nombre de « malades » pouvaient s'inscrire dans la cité, et que de surcroît, cette insertion pouvait contribuer à leur bien-être. Et ceci d'autant plus que les progrès de la pharmacologie rendaient possible la normalisation des comportements, sans entraîner d'effets secondaires indésirables.

On a donc cherché à dissocier la maladie du handicap, en considérant que le handicap était une conséquence, une séquelle de la maladie. Mais pour admettre une telle corrélation, il fallait que la maladie soit en quelque sorte « désactivée », au moins partiellement. Faute de quoi on ne pouvait pas parler de séquelle qui est définie, selon le dictionnaire, comme un ensemble de « troubles qui persistent après une maladie ou une intervention chirurgicale ». La séquelle est donc postérieure à la maladie. Elle est une trace laissée par elle, une fois la guérison advenue. Or, cette guérison fait problème dans le cas de la maladie mentale. Des périodes de « rémission » parfois très longues pouvant être interrompues par des épisodes de réactivation de la maladie. On a donc avancé l'idée que la maladie peut faire l'objet d'une certaine « stabilisation », manière de dire que les manifestations de la maladie sont toujours possibles, mais ne sont ni fréquentes ni aiguës. En d'autres termes, la guérison n'est pas acquise ; la maladie est toujours là, mais fait l'objet d'une certaine régulation. C'est cette maladie stabilisée qui laisse donc des traces handicapantes.

Grâce à ce travail sémantique, il a été possible d'envisager des prises en charge de personnes « handicapées par la maladie mentale ». D'un point de vue administratif, les Cotorep ont pu orienter ces personnes vers les structures spécialisées et, le cas échéant, leur donner la qualification de travailleur handicapé.

Toutefois, cette dissociation n'est pas si opératoire que cela, notamment pour les structures qui ne savent pas toujours si elles ont à faire à des « malades » ou à des « handicapés », ce qui, on l'a vu, n'est pas la même chose, et surtout ce qui ne renvoie pas aux mêmes filières ni aux mêmes modalités de prise en charge. Il suffit pour s'en convaincre de constater comment, bien souvent, les mêmes personnes sont tantôt désignées comme des « handicapés psychiques », tantôt comme des « malades mentaux ». Ce qui indique peut-être l'existence d'une flottaison de sens. Mais pas seulement.

En effet, la maladie mentale est une altération de la construction du psychisme. Elle est identifiable au travers d'un examen clinique qui rassemble un ensemble de symptômes. Ainsi, « une pathologie mentale est généralement identifiée, diagnostiquée à partir de l'existence d'un « tableau clinique » basé, selon les classifications, sur la présence d'un nombre significatif de symptômes au regard de l'ensemble de ceux répertoriés pour ladite maladie » (LIFT) On remarquera ici, qu'aucun examen bio-physiologique ne peut venir confirmer la réalité de la maladie mentale qui demeure toujours plus ou moins une hypothèse⁴. C'est donc la manifestation des symptômes qui atteste de la réalité de la maladie. Mais en même temps, ce sont ces mêmes symptômes qui matérialisent le handicap.

⁴ A moins que les progrès réalisés dans le domaine des neurosciences ne permettent aussi de confirmer par l'examen neurologique l'existence de la maladie mentale.

A titre d'exemple, on peut dire que la phobie de la foule est un symptôme (parmi d'autres) pouvant conduire à dépister une schizophrénie. Mais on peut tout aussi bien l'envisager comme une séquelle de la maladie. Pas seulement d'ailleurs, comme une séquelle de la schizophrénie.

Il semble donc bien difficile, dans le cas de la maladie mentale, d'opérer une réelle dissociation entre la pathologie et le handicap. Certes, la distinction n'est pas inutile puisqu'elle permet à des bénéficiaires d'accéder au statut de travailleur handicapé. Mais dans la réalité quotidienne, l'intrication est très forte. L'identification des deux états n'est pas toujours réalisable.

Mais il y a encore autre chose. La partition que l'on opère, maintenant classiquement, entre la maladie mentale et le handicap suppose que l'on a une conception claire de ce qu'est la maladie mentale. Il ne s'agit pas d'entrer ici dans le débat qui agite le monde de la psychiatrie, mais quand même de rappeler que cette évidence ne va pas forcément de soi. Ainsi selon le psychiatre Jean Maisondieu « L'expression « maladie mentale » recouvre aujourd'hui aussi bien une réalité d'un processus pathologique plus ou moins avéré que des conduites variées associant l'étrange et le déraisonnable en l'absence de tout processus pathologique sous-jacent »⁵. Autrement dit, il n'y a pas nécessairement de correspondance entre troubles psychiques et maladie mentale, les troubles psychiques pouvant panacher toutes sortes de conduites bizarres qui ne sont pas forcément de nature pathologique. Décrivant les spécificités des publics qu'elle accueille, l'association ANITA en dresse une liste pour le moins hétérogène : « dissociation, bizarreries du comportement, motivation morcelée, repère dans le temps et dans l'espace défaillant, (...) lenteur d'idéation, difficulté à se mobiliser, à mobiliser son attention, difficulté à mobiliser ses capacités cognitives pourtant existantes (...). »

Si l'on ajoute à cela, le fait que le handicap ne se réduit pas à une déficience et une incapacité, mais que, en tant que « désavantage », il est un rapport entre un individu et son environnement, on voit se distendre alors le lien qui semblait unir dans une relation causale, le handicap et la maladie mentale. Pour l'UNAFAM, « les personnes handicapées psychiques sont à la fois malades et en situation de handicap (...) Pour ces personnes, la maladie mentale et le handicap sont inséparables. Par contre les professionnels et les services susceptibles d'intervenir dans ces deux domaines pour apporter une aide sont le plus souvent différents »⁶.

On peut comprendre dans ces conditions les oscillations sémantiques que l'on peut observer dès lors que l'on parle de « l'insertion professionnelle des personnes handicapées par la maladie mentale ». Mais surtout, on peut comprendre la diversité des pratiques que l'on peut repérer dans ce champ. Ce ne sont pas en effet tout à fait les mêmes méthodes ni les mêmes outils qui sont mobilisés selon que l'on considère que le handicap est nettement détaché de la maladie mentale, ou bien au

⁵ Jean Maisondieu, « Quand on devient malade », in Sciences Humaines n°138, Mai 2003. Jean Maisondieu cite à ce sujet Thomas Szasz qui écrivait en 1977 : « L'expression « maladie mentale » est une métaphore que nous avons fini, à tort, par prendre pour un fait ».

⁶ Jean Canneva, Plan pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans la cité. UNAFAM. Mai 2003

contraire que les deux phénomènes sont fortement intriqués. En fait, nous pensons que les positions ne sont pas si tranchées que cela, et que les structures font preuve d'un certain pragmatisme pour aborder cette question. Il reste qu'un travail de clarification reste probablement à poursuivre sur ce thème.

2.2. La question des publics.

On ne saurait lire la question des publics uniquement à la lumière de ce qui précède. En effet, si les partenaires du réseau Galaxie n'accueillent pas tous le même public, ce n'est pas en raison d'une perception différente du statut du handicap par rapport à celui de la maladie mentale. Bien d'autres raisons expliquent ces différences de positionnement.

Notamment, les structures qui participent au réseau Galaxie n'ont ni la même histoire, ni la même affiliation, ni les mêmes sources de financement, ni enfin la même culture professionnelle⁷. Il n'est donc pas étonnant que le soutien aux personnes handicapées fasse l'objet de pratiques relativement diversifiées. Il reste cependant que les options qui sont prises renvoient aussi à ce rapport dont nous venons de parler entre handicap et maladie mentale.

Ainsi, certaines structures du réseau accueillent uniquement des personnes ayant le statut de travailleur handicapé. A une petite réserve près cependant. En effet, plusieurs d'entre elles accueillent aussi des publics dépourvus d'un tel statut. Elles les prennent en charge, le temps d'une brève évaluation, sur prescription de la Cotorep avant que celle-ci ne prenne une décision d'orientation. En revanche toutes les autres actions ne s'adressent qu'à un public dont le handicap a été administrativement reconnu. Bien entendu, une telle orientation est largement influencée par les organismes de tutelles qui – sauf dérogation implicite – ne soutiennent que les actions qui s'adressent aux personnes ayant le statut de travailleur handicapé. Mais on doit ajouter, que le fait de ne cibler que des publics administrativement reconnus comme handicapés, revient à reconnaître la validité de la distinction entre la maladie mentale et le handicap. Le diagnostic, la prise en charge de la maladie sont dans ce cadre externalisés, les organismes se focalisant exclusivement sur le traitement du handicap.

D'autres organismes ne limitent pas leur accueil aux publics administrativement handicapés. Comme le LIFT, ils reçoivent des personnes qui « font état d'une souffrance psychique sans que, pour autant, il soit possible de mettre en évidence une pathologie mentale structurellement avérée. Pour la plupart, il s'agit de personnes qui accumulent et cumulent des difficultés d'ordre social, familial et/ou professionnel qui génèrent de la souffrance psychique ». Cet élargissement des publics – autorisé, voire requis par les organismes de tutelle – questionne dans la pratique la relation de causalité entre la maladie mentale et le handicap, puisqu'il indique que l'invalidation n'est pas forcément liée à une maladie. Elle peut aussi résulter d'un état de souffrance qui n'a rien de pathologique.

De son côté, l'ADAPT qui travaille « majoritairement avec des personnes confrontées à des handicaps fonctionnels » constate que celles-ci manifestent aussi

⁷ Pour plus de détails, voir notre précédent texte, Troubles psychiques et insertion professionnelle, Enquête auprès du réseau Galaxie, opus cité.

« une fragilité psychique plus ou moins grande ». Mais alors, cette souffrance est presque innommable. « La question de la souffrance psychique, le fait de la nommer de prendre en compte les limites qu'elle impose, devient alors souvent difficile. Ces personnes bénéficient rarement d'un soutien psychologique et ont tendance à masquer, à banaliser leurs difficultés psychiques »

Mais on ne saurait déduire de cette différence dans le type de public accueilli que les structures du réseau se positionnent de façon tranchée par rapport à leur approche de la maladie ou du handicap. Ainsi Messidor, qui ne reçoit que des personnes qui ont le statut de RQTH⁸ distingue en fait trois types de publics reçus : ceux qui « veulent s'insérer », ceux « qui ne savent pas » et enfin des jeunes « profondément déstructurés ». On peut ici se demander quelle est la nature de cette « déstructuration ». Relève-t-elle du handicap ? de la maladie mentale ? Probablement des deux....Pour sa part, le Club-Arihm prend en charge des personnes qui ont le statut de travailleur handicapé, mais dont « les difficultés psychologiques vont de la pathologie psychiatrique avérée (schizophrénie, psychose maniaco-dépressive, déficience intellectuelle et mentale), à des troubles psychiques plus modérés (névroses graves, dépression, alcoolisme, anxiété généralisée...) isolés ou associés à une pathologie somatique ou un handicap physique ou sensoriel ».

2.3. Le regard médical.

La place accordée à la psychiatrie dans les structures d'aide à l'insertion professionnelle est en partie déterminée par cette partition que l'on peut faire ou non entre maladie et handicap.

Certes tous les intervenants qui participent au réseau reconnaissent l'importance sinon d'une présence, du moins d'une proximité médicale. Que le handicap soit une séquelle de la maladie, ou bien qu'il y ait coprésence de la maladie et du handicap, la pathologie doit toujours faire plus ou moins l'objet d'une régulation. Simplement, toutes les structures du réseau ne mobilisent pas la psychiatrie de la même manière, au même moment, ni selon la même procédure.

Certaines structures comme le LIFT, issues de l'hôpital, entretiennent des rapports très étroits avec le monde médical, et plus particulièrement avec le secteur psychiatrique. S'il est important de « différencier les lieux, les temps et les fonctions, notamment entre le soin et l'insertion », on ne peut pas envisager pour autant « de réinsertion professionnelle pour les personnes handicapées par une maladie mentale, sans une collaboration avec le milieu médical » (LIFT).

Dans cet organisme, cette présence du regard médical s'actualise de deux façons. D'abord par l'intégration d'une infirmière psychiatrique dans l'équipe qui a pour mission, entre autres, d'observer si la pathologie de la personne est compatible avec le parcours d'insertion envisagé. Mais la vision médicale est aussi sollicitée lors des entretiens de synthèse qui viennent clore ou précéder la période d'évaluation. Au

⁸ De façon expérimentale, Messidor reçoit aussi des personnes qui n'ont pas ce statut, en amont de la Cotorep.

delà de cette coopération formelle, l'équipe chargée de l'insertion entretient des rapports informels très étroits avec l'équipe de soin.

Le service IRP Acces 53 est également en étroite relation avec les services de soin. Les personnes prises en charges par le service sont obligatoirement suivies par un psychiatre de l'hôpital. Tout arrêt de suivi en psychiatrie entraîne un arrêt de l'accompagnement.

La plupart des autres structures, tout en reconnaissant l'importance du regard médical, entretiennent des rapports plutôt informels avec la psychiatrie. Le plus souvent, c'est en fonction des opportunités que l'avis médical est sollicité. Les rapports peuvent être étroits, mais aussi relativement distendus, car l'articulation entre le médical et le social n'est pas toujours évidente sauf peut-être – et encore pas toujours – lorsque c'est un psychologue qui a en charge la médiation. En tant qu'établissement médico-social, l'ADAPT occupe une fonction un peu particulière, puisqu'un médecin – généraliste - est inséré dans l'équipe. « Une attention particulière est portée sur les traitements et leurs conséquences ». De même, le Club-Arihm, dont la présidence et la direction médicale sont assurées par un psychiatre, s'intéresse de très près au « besoin (de la personne) d'être guidée fermement sur les conditions minimales de soin et de stabilisation de (sa) symptomatologie, et au besoin d'être confrontée à la nécessité d'améliorer (son) suivi psychiatrique et psychothérapeutique ».

La position de Messidor par rapport à la nécessité d'un regard médical tranche avec celle des autres structures du réseau. Bien qu'établissement « médico-social », Messidor n'a « aucun intervenant médecin, psychologue, assistant social ou éducateur dans son personnel »⁹. Messidor n'a pas connaissance non plus ni du dossier médical ni de dossier social détenu par la COTOREP. En fait, les organismes de tutelle ont fini par imposer à l'organisme la présence d'un psychiatre, mais celui-ci n'a qu'un rôle de conseil auprès de la direction et de l'encadrement, et un rôle d'information sur la maladie mentale et de formation, auprès des responsables de production ainsi que des conseillers d'insertion. Par conséquent, aucun personnel soignant n'intervient lors des évaluations qui sont régulièrement assurées, toujours selon un fonctionnement triangulaire, par le responsable de production et par le conseiller d'insertion en présence du travailleur handicapé. Cette séparation des fonctions à laquelle est attaché l'association doit permettre « de porter un regard neuf sur la personne, de la (re)mettre au centre de sa démarche, de positionner Messidor comme lieu de travail uniquement »¹⁰. Il s'agit même d'éviter toute appréciation psychopathologique sur les personnes, l'approche « descriptive » devant se limiter à « ce qui est observé lors de la (re)mise au travail (des personnes), de leur potentiel et de leurs difficultés ».

Pour autant, Messidor ne dénie pas la nécessité d'une collaboration avec les soignants. Par l'intermédiaire des conseillers d'insertion, la structure est en lien avec le réseau médico-social local. Mais les contacts ne sont pas systématiques. Ils ne s'établissent qu'en cas de besoin et/ou à la demande des personnes concernées. Par ailleurs, les contacts s'établissent le plus souvent avec les assistants sociaux ou avec les infirmiers. Plus rarement avec les médecins. Ainsi, Messidor entretient une

⁹ Handicap psychique et insertion, opus cité.

¹⁰ Opus cité.

séparation assez étanche entre le monde du travail et celui des soins, et finalement entre la maladie et le handicap.

2.4. La perspective thérapeutique.

L'insertion des personnes handicapées mentales est la mission qui est officiellement assignée aux structures qui adhèrent au réseau Galaxie. Même si certaines structures reçoivent des publics qui n'ont pas ce statut, ce sont bien les personnes qui souffrent d'un tel handicap qui constituent le « cœur de cible », si l'on peut dire. Ajoutons d'ailleurs que les financements ne sont en général accordés qu'à condition que les personnes prises en charge relèvent bien du statut de travailleur handicapé.

Formellement, les différents programmes qui sont proposés visent à aider les personnes accueillies à acquérir les compétences qui leur sont nécessaires pour se réinsérer dans le milieu ordinaire. Telle est la finalité des programmes de formation, d'acquisition de connaissances, de remise à niveau qui sont destinés à des individus dont les fonctions cognitives sont altérées en raison de la faible mobilisation de celles-ci pendant la durée de leur maladie. Les programmes de resocialisation sont conçus dans le même esprit, puisque, de diverses manières, ils visent à réapprendre aux personnes concernées à retrouver et à gérer des relations sociales qui ont été interrompues du fait de la maladie. Les actions de ré-entraînement, de remobilisation sont focalisées sur le ré-apprentissage des gestes et des fonctions qui sont généralement requises dans le cadre du process de travail. Enfin, un accompagnement social est souvent proposé de façon à ce que l'éventuelle insertion professionnelle ne soit pas contrariée par l'absence de logement, de couverture sociale etc...

Toutes ces actions sont pensées en fonction du handicap et non pas en fonction de la maladie. On est bien ici dans la logique de la séquelle que l'on essaye d'effacer par l'assimilation de nouvelles habitudes, par le soutien à la reconquête de fonctions qui ont été perdues ou oubliées. Formellement, la nature du handicap entre peu en ligne de compte. D'ailleurs, certaines structures, comme l'ADAPT ou ANITA accueillent dans les mêmes sessions des publics qui souffrent aussi bien de handicap psychique que de handicaps moteurs ou sensoriels. « La maladie mentale est un handicap parmi d'autre » (ADAPT).

En principe, la maladie mentale n'entre pas en ligne de compte. Elle ne fait pas l'objet d'une prise en charge par les équipes chargées de l'insertion. D'ailleurs, plusieurs d'entre eux rappellent qu'il s'agit de s'intéresser « non pas tant à la maladie mentale elle-même qu'aux handicaps fonctionnels et sociaux des personnes » (Club Arihm). L'INFA exprime la même idée : « le dispositif INSERPRO ne doit pas être utilisé comme outil thérapeutique, même si la logique de travail sur l'insertion aide souvent les stagiaires dans la stabilisation de leur maladie ». De son côté ANITA recommande la plus grande vigilance pour éviter « de sortir du champ d'intervention de l'insertion professionnelle en induisant des situations ou des comportements d'ordre thérapeutique ».

S'il est clair que les structures se gardent bien d'assurer intra-muros un suivi thérapeutique « au sens médical et psychologique du terme », on peut néanmoins observer que leurs interventions jouent de fait un rôle thérapeutique non négligeable, car « cette population nécessite encore plus que d'autres une approche globale des freins objectifs et *subjectifs* »¹¹ (ANITA). Nombre d'actions proposées par les structures ont très explicitement pour objectif central le travail sur soi, la relaxation, la créativité, la gestion du stress, la recherche de l'estime de soi, de la confiance en soi, en bref l'amélioration du bien-être dont on sait qu'elle est une définition donnée par l'OMS de la santé. L'ADAPT par exemple propose aux personnes handicapées psychiques un accompagnement individualisé « plus sécurisant » et portant entre autres « sur le lien de soi à soi » ce qui, d'une certaine manière un travail sur la structuration psychique de l'individu. ANITA estime « l'accompagnement psychosocial nécessaire au passage d'une étape du processus à une autre étape » ; « les décompensations éventuelles » doivent faire l'objet d'un suivi analogue . Mais plus largement, les actions visant la réhabilitation des apprentissages et des habilités sociales, le développement des capacités cognitives et comportementales ont aussi le bien-être pour finalité. Pour Messidor, qui, nous l'avons vu, maintient une séparation stricte entre le travail et le soin, la transition qu'il propose aux travailleurs handicapés a entre autres pour perspective « l'amélioration de l'état mental de la personne ». C'est notamment « le travail offert à la personne fragile » qui « doit avoir un contenu qui favorise la réadaptation psychique ». Le « mieux-être » est aussi l'un des objectifs du passage à Messidor dont l'un des aspects est le retour de la confiance en soi. Si nous reprenons la définition des troubles mentaux donnée par Alain Ehrenberg et Anne Lovell, à savoir la « désorganisation de l'intentionnalité », tout ce qui relève de la réorganisation peut donc être considéré comme ayant une dimension thérapeutique. L'insertion, la formation, l'évaluation même peuvent avoir un effet thérapeutique. A tel point d'ailleurs que les psychiatres peuvent parfois être tentés d'orienter vers les structures d'insertion certains malades faute de succès probant avec la pharmacothérapie, la psychanalyse ou la psychothérapie classique¹². Notons aussi, que la psychiatrie peut aussi internaliser certains procédés de réhabilitation de soi qui, à priori, n'ont pas été conçus dans une perspective thérapeutique. Le travail est une nécessité, mais c'est en raison de sa portée thérapeutique qu'il est au centre des Ateliers Thérapeutiques.

Ainsi l'examen – rapide – de la pratique montre qu'en réalité les troubles dont souffrent les personnes handicapées psychiques ne sont pas ignorés par les structures. Celles-ci les prennent directement en charge et développent par conséquent une fonction de type thérapeutique, quoique non médicalisée.

Dans un texte récent, le LIFT va un peu plus loin et théorise cette particularité propre aux structures chargées de l'insertion des personnes invalidées par la maladie mentale. Constatant que « la maladie mentale ou le trouble psychique » se caractérise par « un trouble de l'intégration de la personnalité », c'est-à-dire par « une invalidation du lien de soi à soi », ainsi que par une « trouble de l'intégration sociale » entendu comme « une invalidation du lien de soi à l'environnement », le LIFT en appelle à reconnaître que « nous avons à travailler autant sur les troubles

¹¹ Souligné par nous.

¹² « Nous sommes très surpris des orientations que nous recevons à la COTOREP. Les psychiatres ne semblent pas connaître le monde de l'entreprise. Ils pensent que le travail est peut-être une issue pour leurs malades. Mais bien souvent, ce n'est pas le cas, au contraire ». (Responsable DDTE, réunion INSERPRO, Clermont-Ferrand).

psychiques que sur leurs conséquences ». Il précise qu'il s'agit de « travailler autant sur l'individu lui-même dans son rapport à lui et à son environnement que sur ses capacités et incapacités, ce qui, contrairement aux idées reçues, n'est pas du ressort exclusif du champ médical, à partir du moment où l'on admet la dimension biopsychosociale de la problématique de la personne concernée ».

Concrètement, le LIFT attache une importance particulière au « cadre thérapeutique » qui n'existe pas dans les autres filières d'insertion. « Dans n'importe quelle démarche d'insertion et ce, quel que soit le public considéré, il existe un cadre. Ce qui est spécifique au handicap psychique, c'est qu'en plus de baliser un parcours, ce cadre vient suppléer un cadre interne inexistant ou déstructuré chez la personne. Pour les autres publics, le cadre est important, mais il ne joue pas cette fonction particulière d'organisation supplétive, ce que les psychanalystes qualifieraient d'auxiliaire du Moi ».

Cette question de la fonction thérapeutique qui est à la fois formellement ignorée par les structures, mais malgré tout mise en pratique par elles, mériterait d'être approfondie. Car on touche là peut-être à l'une des spécificités du soutien à l'insertion des personnes handicapées psychiques. Cela dit, on ne doit pas perdre de vue le risque administratif encouru par une éventuelle révision de cette question. A trop insister sur la « fonction thérapeutique », le risque est que les personnes souffrant de ce type de handicap soient renvoyées au seul traitement médical.

2.5. La production des structures d'aide à l'insertion professionnelle.

Finalement, on peut se demander quelle est la plus value qui est apportée par les structures qui tentent d'accompagner les personnes handicapées psychique vers une insertion professionnelle. A priori, on évalue la pertinence des interventions par le nombre de candidats qui parviennent, à l'issue d'un parcours d'insertion, à trouver un emploi, qui plus est, un emploi stable. C'est au regard de ce critère de réussite qu'est apprécié la plus value réelle qui est produite par les structures d'insertion. Certaines d'entre elles sont très fortement focalisée sur le retour vers l'emploi, en proposant une série d'actions exclusivement liées à l'insertion professionnelle (Deuil de l'ancien emploi, évaluation des acquis, établissement d'un projet professionnel, accompagnement vers les dispositifs de droit commun professionnels, préparation aux entretiens d'embauche, maintien dans l'emploi). L'IRP par exemple ne répond pas aux demandes d'accompagnement social. Celles-ci sont prises en charge par les services sociaux des secteurs psychiatriques du département.

Or là encore, il semble que dans la pratique, l'accompagnement déborde toujours plus ou moins la dimension proprement professionnelle. Nous venons de l'évoquer à propos du « soutien thérapeutique ». Mais, à des degrés divers, l'accompagnement social nous semble aussi toujours plus ou moins réintroduit. Et pour cause d'ailleurs. A partir du moment où l'on reconnaît l'instabilité du handicap psychique (ou de la maladie mentale comme on voudra) et surtout que les éventuelles décompensations peuvent être provoquées par n'importe quel événement, il devient difficile, pour les structures d'insertion, de se désintéresser des autres dimensions de la vie sociale et familiale des individus qu'elles accueillent.

Prenant l'exemple du surendettement, ANITA juge qu'une demande concernant cette question « pourra être entendue, des mises en relation avec des partenaires proposées dans la mesure où la priorité et le besoin restent attachés au projet d'insertion professionnelle »

Mais il y a plus. En effet, si les organismes d'insertion orientent si possible les personnes reçues vers l'emploi, elles doivent bien orienter ailleurs les personnes qui ne parviennent pas à s'insérer professionnellement¹³. Or, généralement, ces orientations sont peu reconnues par les tutelles, et sont plutôt décomptées comme des échecs vis-à-vis des perspectives d'insertion. Or ces re-adressages nécessitent aussi des mesures d'accompagnement et d'encadrement. Cela semble faire partie de la plus-value qui est produite par les structures, mais qui semble-t-il est relativement peu reconnue. ANITA confirme que la réorientation vers les acteurs du soin ou de l'action sociale ne doit pas être perçue comme un échec car les praticiens eux-mêmes constatent une évolution, une « structuration des désirs » chez les personnes qui ont changé de trajectoire à un moment de leur parcours.

D'ailleurs, certains proposent que le critère de l'emploi ne soit pas le seul retenu. Par exemple, Messidor suggère que soient reconnues et développées « les activités d'utilité collective » pour « les personnes qui ne peuvent pas être dans une situation de travail » ou bien encore que le travail protégé leur soit accessible.

C'est toute une dimension de l'intervention des structures qui se trouve ainsi plus ou moins masquée, et qui mériterait d'être valorisée. Il s'agit là d'un autre point de réflexion à mettre sur l'agenda du réseau Galaxie. D'autant que certains soulèvent la question des risques de confusion. Selon ANITA, si les structures d'insertion doivent se situer « comme une passerelle entre le monde spécialisé (et relativement fermé) de la psychiatrie, et le monde de l'insertion (...) » le projet n'est pas pour autant « de mettre en œuvre l'ensemble des activités qui pourraient répondre aux besoins de la population », et ceci, faute d'être détenteur de la légitimité que possèdent « l'hôpital, la famille, l'association d'anciens patients ». Certes, la position d'opérateur (UTE, plus de 100 personnes accompagnées) et d'ingénieur (mission d'appui) permettent à ANITA « d'avoir un large spectre d'intervention, elle est parfois source de confusion ». Toute la question est donc de fixer les limites de l'intervention des structures d'insertion professionnelle.

Conclusion.

Finalement toute la question est de savoir si les personnes qui souffrent de handicap psychique doivent ou non relever de procédures spécifiques et par conséquent si les structures chargées de leur insertion doivent pouvoir bénéficier de mesures particulières pour pouvoir mener à bien leur mission.

Or on a vu que ces structures étaient plutôt encadrées par une réglementation généraliste (du handicap, de l'insertion) ce qui, dans la pratique, les contraignait à rechercher des ajustements, pas toujours reconnus à leur juste valeur. Tout se passe comme si, les organismes chargés de l'insertion avaient à prendre en

¹³ Quand elles le peuvent, car comme le souligne l'ADAPT « nous faisons le constat que nous sommes relativement démunis pour certaines personnes qui ne relèvent pas de l'emploi ou de la formation ».

charge des personnes relevant d'un handicap non spécifié pour faire bénéficier celles-ci des mesures prévues par la loi. Or une grande partie du travail des structures est d'accompagner et de maintenir la stabilité des personnes handicapées psychiques, pour leur permettre de bénéficier des mesures qui en principe ne reconnaissent pas la spécificité de la maladie mentale. Parfois, il s'agit même d'amener des personnes à passer du statut de « handicapé psychique » à celui de « handicapé social » afin de pouvoir bénéficier des dispositions prévues pour réduire l'exclusion sociale. Mais tout ce travail « de conversion » semble finalement peu reconnu et par conséquent peu soutenu. Or, comme le signale Messidor, « dans tous les dispositifs de droit commun, s'il n'y a pas un suivi spécifique, ces personnes se trouvent reléguées et ne bénéficient jamais du même soutien et des mêmes ouvertures que les autres ».

Il reste que ces spécificités restent encore à préciser. Certes les partenaires du réseau Galaxie partagent les mêmes préoccupations et se rejoignent sur l'essentiel. Toutefois, en raison de la diversité de leur fonctionnement et de leur positionnement, certaines questions ne sont pas abordées de la même façon par les uns et par les autres. Elles nécessitent encore d'être discutées.

Mais surtout, il semble souhaitable que les partenaires commencent à traduire leurs préoccupations communes par des propositions concrètes. Ce serait peut-être là, la prochaine phase de travail du réseau Galaxie.

Renseignements :

Réseau GALAXIE

Adresse postale : INFA Auvergne – Bourgogne – Limousin
65, Boulevard Côte Blatin • 63 000 CLERMONT – FERRAND

Tél. : 04-73-34-97-97

Fax : 04-73-34-97-98

E-mail : galaxie@infa-formation.com