



Journal des anthropologues
Association française des anthropologues

122-123 | 2010
Handicaps

Reconnaissance du handicap psychique et intégration dans les structures d'aide par le travail

*The Recognition of Psychological Disability and Integration into Aid Structures
through Work*

David Sauzé



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/jda/5420>
DOI : 10.4000/jda.5420
ISSN : 2114-2203

Éditeur

Association française des anthropologues

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2010
Pagination : 167-188
ISSN : 1156-0428

Référence électronique

David Sauzé, « Reconnaissance du handicap psychique et intégration dans les structures d'aide par le travail », *Journal des anthropologues* [En ligne], 122-123 | 2010, mis en ligne le 01 décembre 2012, consulté le 21 décembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/jda/5420> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/jda.5420>

RECONNAISSANCE DU HANDICAP PSYCHIQUE ET INTÉGRATION DANS LES STRUCTURES D'AIDE PAR LE TRAVAIL

David SAUZÉ*

Ce texte présente les résultats provisoires d'une étude réalisée dans le cadre d'une thèse de sociologie portant sur la reconnaissance du handicap psychique. Notre terrain s'est constitué dans les ESAT (Établissements et services d'aide par le travail, anciennement Centre d'aide par le travail - CAT). Nos observations portent plus particulièrement sur l'intégration du handicap psychique dans ces établissements médico-sociaux et ses multiples enjeux.

La notion de handicap psychique en France a été introduite dans le droit par la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées¹. Par la reconnaissance de ce nouveau

* CSE (Centre de sociologie européenne). EHESS, 54 bd Raspail
75006 Paris.

Courriel : David.sauze@yahoo.fr

¹ Cette loi par son article 2 définit la notion de handicap comme suit : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » Cette définition est désormais inscrite à l'article L. 114 du Code de l'action sociale et des familles.

handicap² qui « provient de la maladie mentale »³, c'est à une véritable révolution culturelle dans la prise en charge institutionnelle de la personne diagnostiquée malade du fait d'une maladie psychique⁴ que nous assistons. En effet jusqu'alors, et ce depuis que l'Assemblée constituante décréta l'abolition des lettres de cachet le 27 mars 1790, la question de la maladie mentale était objet de médecine, mesure qui sera d'ailleurs confirmée par la loi du 30 juin 1838 qui règle le régime des aliénés⁵. Désormais la prise en charge d'une partie des personnes présentant des troubles mentaux stabilisés est, de fait et de droit, en partie réalisée en dehors des structures médicales de la psychiatrie de secteur. C'est alors notamment dans les structures médico-sociales d'aide par le travail dépendantes du secteur du handicap, les ESAT, que sont orientés et accueillis, du fait de leur handicap reconnu, d'anciens patients du secteur psychiatrique avec pour objectif de les accompagner dans leur parcours d'insertion ou de réinsertion sociale. Une des principales caractéristiques de la construction sociale du handicap étant son éloignement « du domaine d'influence des disciplines

² Même si des personnes présentant des troubles psychiques pouvaient auparavant être reconnues par la COTOREP, ce n'est qu'avec la loi de 2005 que le handicap psychique est pleinement reconnu au même titre que le handicap mental, physique ou sensoriel offrant de plein droit accès aux dispositifs propres au handicap.

³ Selon les propos de Jean Canneva, président de l'UNAFAM (Union nationale des amis et des familles de malades mentaux) lors de son audition du jeudi 5 février 2004 devant la Commission des affaires sociales du Sénat dans le cadre du rapport de M. Paul Blanc, Rapport n° 210 (2003-2004) fait au nom de la Commission des affaires sociales, déposé le 11 février 2004.

⁴ Nous emploierons préférentiellement « maladie psychique » à « maladie mentale » en référence au handicap dit psychique et ceci afin de ne pas ajouter à la confusion avec le handicap mental qui, lui, fait référence à la déficience intellectuelle. Ceci néanmoins ne préjugeant pas de notre positionnement propre quant à la pertinence de chacun des termes, ni par ailleurs vis-à-vis de la question du concept de maladie appliqué aux troubles psychiques.

⁵ Sur ce point voir Castel (1976).

médicales pour se déplacer vers celui de l'action sociale » (Ville & Ravaud, 1992).

Les ESAT sont des établissements médico-sociaux qui accueillent des travailleurs handicapés dont les « capacités de travail ne leur permettent pas, momentanément ou durablement, à temps plein ou à temps partiel, de travailler dans une entreprise ordinaire ». Pour intégrer un ESAT, outre la reconnaissance du statut de travailleur handicapé, une orientation spécifique est nécessaire. Celle-ci est délivrée par les CDAPH (Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, anciennement COTOREP), commissions qui dépendent des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH, autre création de la loi 2005-102), guichet unique pour tout ce qui concerne le handicap. Les ESAT se doivent de mettre en œuvre « des activités à caractère professionnel » ainsi que des activités de « soutien médico-social et éducatif afférent à ces activités » en relation directe avec le projet individualisé de l'utilisateur. En contrepartie l'utilisateur perçoit une rémunération garantie comprise entre 55 et 110% du SMIC⁶.

L'organisation interne de ces établissements dans la prise en charge des usagers se fait d'une part par les moniteurs d'atelier, qui sont responsables de l'encadrement des usagers au sein des ateliers de production, et d'autre part par des professionnels du secteur social et médico-social – éducateurs techniques spécialisés, éducateurs spécialisés, conseillers en économie sociale et familiale, assistants sociaux – et du secteur médico-psychologique – psychologues, psychomotriciens et exceptionnellement psychiatres⁷. Dans ces établissements, bien que mixtes par essence pour ce qui est

⁶ Nos propres observations nous ont amenés à constater que les rémunérations se situaient généralement dans la fourchette de 55 à 65% du SMIC, rares sont les établissements qui rémunèrent davantage leurs usagers. Cette rémunération est toutefois cumulable avec l'AAH à concurrence maximum de 100% du SMIC. La part réelle des ESAT dont la rémunération reste très faible puisque 50% du SMIC est directement reversé aux établissements sous la forme de l'aide au poste prise en charge par l'État.

⁷ Vanovermeir (2004). Cette étude est l'une des rares à donner des chiffres précis quant à la nature de l'encadrement en ESAT.

de la prise en charge des usagers, c'est le pôle de la production qui emploie le plus de professionnels. Ceux-ci sont généralement des moniteurs d'ateliers recrutés d'après leurs compétences techniques. Ils représentent différentes familles de métiers – conditionnement, espaces verts, cuisine, entretien des locaux, travail du bois, etc. – correspondant aux activités des ateliers de production. En elle-même, la connaissance du secteur social et médico-social ne constitue pas un critère discriminant dans le recrutement des moniteurs d'atelier. La majorité des moniteurs rencontrés étaient issus « de l'industrie » et, avant d'occuper leur poste actuel, n'avaient aucune expérience acquise dans le secteur du handicap. Ils seront cependant ceux qui, quotidiennement, accompagneront les usagers et auront en charge la gestion tout à la fois de la production et des équipes de travailleurs, mais également un certain nombre de rapports et d'écrits de synthèse dans le cadre de l'élaboration et du suivi des projets individualisés. Ce faisant, et particulièrement depuis la loi du 2 janvier 2002, la fonction de moniteur d'atelier s'est complexifiée du fait d'une plus forte inscription dans des procédures de contrôle de la qualité de l'accompagnement, ce qui implique de se former à, et d'intégrer, une culture professionnelle très éloignée de leur formation initiale. Par ailleurs, tandis que leurs missions intégraient une dimension médico-sociale, les questions relatives au rendement et à la production se sont elles aussi imposées. En outre, depuis 2005, de nombreux établissements voient se modifier les profils des usagers accueillis avec une part plus grande de personnes présentant des troubles psychiques⁸.

Les moniteurs d'atelier sont à la fois les professionnels les plus directement en contact avec cette nouvelle population et ceux qui sont les moins formés à l'accueil de celle-ci. La mise au travail, l'exemplarité dans la conduite, la discipline apparaissent comme les valeurs dominantes, ce qui sera évalué lors des bilans annuels des

⁸ Les troubles psychiques en ESAT concernent principalement deux familles de troubles, d'une part les psychoses et d'autre part les dépressions, ces dernières étant par ailleurs souvent liées au travail (perte d'emploi ou situation de stress au travail).

usagers au terme de la reconduction de leur contrat de soutien et d'aide par le travail. L'évaluation portera essentiellement sur des questions ayant trait à l'attitude, au respect des consignes ou de la hiérarchie, à l'enthousiasme manifesté dans le travail. La prise en compte de l'origine des troubles, de la pathologie, étant, bien que toujours abordée, finalement secondaire. De ce point de vue nous pouvons postuler que c'est essentiellement sur un versant comportemental que porteront le jugement et l'évaluation et ce faisant s'élaboreront les modalités d'accompagnement des usagers en ESAT.

Notre propos se limitera ici à décrire certaines étapes de l'inscription, dans les structures d'aide par le travail propres au secteur du handicap, de cette nouvelle population, par ailleurs souvent prise en charge par la psychiatrie de secteur. Nous interrogerons ainsi la pertinence des catégories à travers l'expérience vécue par différents agents sociaux, moniteurs d'ateliers et usagers, ainsi que le projet global d'accueil et d'accompagnement des troubles psychiques dans ces structures.

Les difficultés identifiées sont visibles à différents niveaux. Elles se manifestent d'abord dans l'accompagnement avec et par le travail, cœur du projet médico-social des ESAT, lequel révèle très directement les difficultés inhérentes aux troubles psychiques dans les interactions sociales. Elles se manifestent ensuite dans le positionnement des différents agents sociaux vis-à-vis des notions de normal et de pathologique. Enfin, pour ce qui est des usagers, des difficultés apparaissent en regard de la confrontation et de l'identification quotidienne, et parfois problématique, à d'autres handicaps plus « visibles », qu'il s'agisse de handicap mental ou physique. Par-delà les limites de l'accompagnement médico-social de personnes présentant des troubles psychiques, nous interrogerons les effets de la stigmatisation liée au statut de travailleur handicapé en institution médico-sociale, en substitution ou en complément de la stigmatisation propre à la maladie mentale. Nous chercherons aussi à mettre en évidence les enjeux aujourd'hui, les enjeux de l'accueil de cette nouvelle population pour les établissements d'aide par le travail.

Un accompagnement/encadrement non spécifique

L'accueil d'usagers présentant des troubles psychiques oblige les encadrants, et en premier lieu les moniteurs d'atelier, à modifier en profondeur nombre de leurs pratiques professionnelles. L'accueil tout d'abord :

Avant on embrassait les travailleurs, il y avait plus de chaleur, maintenant il y a des consignes qui sont passées, les travailleurs il faut leur serrer la main, il faut éviter les débordements d'affection, il faut être professionnel.

Du côté du moniteur, cette mise à distance peut s'inscrire dans un ethos professionnel. La justification porte alors sur la nécessité pour le moniteur, en posture d'autorité vis-à-vis des travailleurs handicapés, d'éviter le copinage qui serait néfaste dans la relation hiérarchique de commandement, elle serait par ailleurs un moyen de se prémunir des projections d'usagers psychotiques notamment. De fait la relation entre dangerosité et psychose, et particulièrement quand il est question de la schizophrénie, est renforcée :

Dès le premier jour on m'a bien averti qu'il ne fallait donner aucune information sur ma vie privée. [...] Au début j'ai respecté cette consigne mais petit à petit, tu sais pas comment, mais il y en a qui te font parler. [...] Un jour je sais pas j'avais dû siffloter pendant la journée en tout cas le lendemain j'avais un travailleur qui m'apportait un cd de Georges Brassens. Bon c'est un geste gentil mais j'ai pas pu l'accepter, mais lui il l'a mal pris.

Une autre monitrice explique comment les habitudes ont dû se modifier en quelques années :

Avant on fêtait les anniversaires des travailleurs mais aussi les nôtres, on s'offrait des petits cadeaux, c'était très chaleureux, très familial comme ambiance, maintenant c'est interdit. Des fois on a quand même encore des petits cadeaux, des fleurs ou des babioles, on est obligé de les laisser dans l'atelier, on dit que comme ça tout le monde peut en profiter, ils savent que c'est interdit mais pour certains, c'est dur de comprendre.

La confrontation entre une situation antérieure où les rôles et positions des uns et des autres étaient plus claires, plus nettement définies, car les handicaps étaient plus visibles et aujourd'hui où « on ne sait jamais à qui on a affaire », est souvent évoquée. La

frontière entre normalité et handicap semble désormais plus floue, moins tranchée. Alors qu'elle se situait auparavant sur un versant déficitaire évident, qu'il s'agisse du handicap mental ou physique, elle est aujourd'hui d'ordre psychopathologique, avec toutes les représentations sociales que cela implique, mais aussi parfois les difficultés d'indentification qui lui sont inhérentes.

Cette situation nouvelle est difficilement vécue par certains, d'autant qu'elle est mise en concurrence avec une situation antérieure, elle, valorisée :

Avant c'est vrai que c'était plus facile, tu savais à qui tu avais affaire, même si le travail avançait moins vite des fois, mais t'avais pas à gérer tous les problèmes de comportement de discipline.

Pour certains, l'arrivée d'un nouveau public a profondément modifié les repères :

Le problème c'est pour gérer les différences de niveau, pour certains c'est pas des boulots très valorisant. [...] C'est sûr que si elle avait pas sa maladie elle ferait pas le ménage ; alors des fois, elle gueule. Mais ici y a rien d'autre à faire que du ménage et du conditionnement.

Cela peut parfois même être à l'origine de conflits :

Y en a pour qui c'est très facile mais c'est aussi ceux qui cherchent toujours à te piéger, et puis y en a qui sont des vrais pervers quand ils se font chier ils emmerdent quelqu'un de plus fragile et après c'est le bordel dans tout l'atelier.

Les changements sont également présents dans les rapports avec les autres professionnels et notamment les psychiatres et psychologues. « Moi, je comprends que la personne elle souffre mais je ne sais pas comment faire pour l'aider » déclare l'un des moniteurs. Mais cette bonne volonté affichée est contrecarrée par l'action des autres professionnels :

Le truc c'est que, quand tu as le psychiatre et le psychologue ensemble en face de toi, ils ne sont pas d'accord, alors toi, déjà que tu comprends pas grand-chose, mais là c'est encore pire.

La non-connaissance des pathologies psychiques dans leurs manifestations mais aussi le manque de formation dans la prise en charge de ces personnes mènent certains moniteurs à commettre des erreurs de jugement ou bien encore à appliquer une grille de lecture

du sens commun sur ce qui est en fait l'expression de troubles psychiques. Le choc est de ce fait encore plus grand quand des mots sont posés sur des actes qui apparaissent anodins :

Ça faisait des semaines que j'avais dans mon atelier un travailleur que je trouvais bizarre et puis, un jour, je sais plus pourquoi mais enfin bref je l'ai engueulé parce qu'il avait mal fait un truc de travers et là, il me fait une grande déclaration d'amour, moi ça m'a choquée, je lui ai dit que j'étais mariée et que j'avais un enfant et que c'était pas possible ; quand j'en ai parlé en réunion le psy m'a dit que j'étais rentrée dans son jeu et que ça faisait des semaines que ça durait. En plus fallait pas que je lui dise comme ça, il paraît que c'était pas ce qu'il fallait dire. Il paraît qu'il est paranoïaque mais moi comment je le sais ? En plus, quand je faisais rien je rentre dans son jeu et quand je lui réponds je rentre aussi dans son jeu, c'est quoi la bonne attitude ? Qu'est-ce qu'il faut que je dise moi maintenant pour rattraper le coup ? Et puis maintenant y a des moments où c'est pas que j'ai peur mais c'est vrai que je me méfie parce que on sait jamais.

Cet épisode est caractéristique des difficultés actuelles auxquelles sont confrontés tous les professionnels en ESAT du fait de la méconnaissance de ce nouveau public. Par ailleurs, les psychiatres et psychologues, détenteurs du savoir sur les pathologies psychiques, ne livrent pas ou peu d'éléments sur les usagers, sans doute autant par respect du secret médical que par souci d'éviter toute stigmatisation. En effet, plusieurs d'entre eux m'ont confié qu'à leurs yeux l'étiquette est plutôt un frein à la prise en charge. Néanmoins ils sont ceux qui savent et aux yeux de certains apparaissent comme ceux qui jouissent de ce pouvoir sans chercher à le partager, ou bien encore ceux qui détiennent un savoir théorique mais qui ne saurait s'appliquer aux situations concrètes vécues sur le terrain :

Moi, la psy elle est bien mais elle est pas dans les ateliers ; quand on est en synthèse elle sort ses théories mais comment on fait sur le terrain ? Tu sais toi ? (ou encore) Moi, ça fait trente ans que j'ai arrêté l'école et je suis sorti avec juste un CAP. Avant, tu pouvais gérer parce que les travailleurs ils avaient juste des difficultés, alors c'est vrai que c'est pas facile tous les jours mais il faut pas bac+5 pour travailler avec, moi je faisais tourner l'atelier.

Dans sa forme paroxystique cette expression peut aller jusqu'à la remise en cause de l'accueil des personnes présentant des troubles psychiques :

Souvent, je comprends pas comment ils pensent, je voudrais bien savoir ce qu'il faut faire mais même quand tu vas voir le psy il te dit qu'il faut prendre du recul mais il te dit pas « voilà c'est comme ça, voilà ce qu'il faut faire. » [...] Et puis quand tu as un atelier à faire tourner tu peux pas te permettre de prendre du temps juste parce que il y a untel qui pète encore les plombs. Moi, après, j'ai le directeur et les clients qui sont sur mon dos. [...] Soit on peut faire quelque chose ou alors, le mec, il a pas sa place en ESAT.

Par ailleurs, outre les difficultés citées plus haut, les moniteurs doivent également gérer une pression de plus en plus visible quant aux impératifs directement liés à la production :

C'est vrai que c'est nouveau mais ici on te parle de coûts, de profits, de rentabilité, même si le CAT logiquement il doit pas faire de bénéfices mais des fois t'as l'impression d'avoir affaire à des managers, alors c'est sûr qu'on en a besoin de plus de bons niveaux pour les rendements qu'ils nous demandent.

Travailleur handicapé : une identité problématique

La confrontation de différents handicaps au sein d'un même établissement est potentiellement génératrice de difficultés supplémentaires. « Chez nous, on prend pas de psychiques » me confiait la psychologue d'un établissement qui accueille en majorité des personnes handicapées motrices, « on a déjà des difficultés avec les troubles associés, on peut pas tout accueillir sinon il faudra gérer d'autres conflits ». Des usagers de cet établissement me confiaient par ailleurs que la population avait beaucoup changé et que désormais « les troubles associés » étaient de plus en plus nombreux :

C'est plus pareil, mais tu vois c'est pas parce que t'es handicapé que t'es forcément débile, c'est pas de leur faute mais c'est vrai avant on était plus pareils, on pouvait tous parler, y avait un peu plus d'homogénéité entre nous, on se ressemblait plus.

Même si nous avons rencontré dans les établissements beaucoup d'empathie vis-à-vis des difficultés d'autrui, certains usagers évoquent volontiers des difficultés liées à ce mélange des genres. « On a tous un pète au casque » m'affirment en cœur des usagers ou

encore « Ici c'est la maison des fous » me répète souvent une stagiaire présentant une déficience légère ; cette phrase répétée comme un leitmotiv évoque autant la situation personnelle de certains que la difficulté qu'ont les uns et les autres à se situer dans un environnement mixte. Ainsi nous nous retrouvons comme projetés à une époque antérieure où la déficience et la maladie mentale étaient confondues. La distribution spatiale des différents handicaps obéit parfois de façon flagrante à une logique de discrimination, notamment dans le cadre des activités de soutien (formation professionnelle et maintien des acquis scolaires notamment), où le placement des uns et des autres est libre, contrairement aux ateliers. Les antagonismes peuvent également s'exprimer de façon plus directe :

Arrête de me regarder toi, j'veux pas que tu me regardes, j'aime pas ça. [...] Elle je l'aime pas, elle est trop bizarre (répète B., handicapée mentale à une autre stagiaire, elle handicapée psychique).

Un autre usager, handicapé physique, exprime également ce rejet :

Nous on a des cas sociaux, ils sont trop graves, une fois il y en a un qui s'en est pris au responsable d'atelier. [...] Je sais pas mais je trouve qu'ils devraient pas être là, ils piquent des crises je sais bien que c'est pas de leur faute mais quand même c'est pas leur place ici.

Avant même d'intégrer un ESAT il est nécessaire de se faire reconnaître travailleur handicapé. Si cette reconnaissance permet d'accéder de droit aux dispositifs propres au handicap – garantie de ressource et accès aux structures d'accueil notamment – cela nécessite de se reconnaître soi-même dans la position de personne handicapée. Si le statut de travailleur handicapé permet de postuler en tant que salarié dans n'importe quelle entreprise, intégrer un ESAT ne peut se faire qu'avec une orientation spécifique reconnue par la CDAPH. C'est là encore une nouvelle distinction qui inscrit plus encore la personne dans le statut de personne handicapée, un sur-handicap. Ensuite viennent les stages et enfin l'intégration dans un établissement, avec un statut d'usager et non pas de salarié et une rémunération relativement faible, à tout le moins très inférieure à ce qui est dû en contrepartie du travail salarié pour la même durée de travail. Ce statut de travailleur handicapé usager d'un service mais non salarié est là encore vécu par certains comme le signe d'un statut inférieur :

Usager c'est n'importe quoi comme nom, un truc usager il sert plus, quand t'es usagé quelque part tu es mis à la casse.

Enfin après avoir intégré un ESAT il faudra encore pouvoir y rester et là encore accepter de se reconnaître aussi dans l'altérité du handicap de l'autre :

Ici on a de tout comme handicap, moi au début ça m'a fait bizarre, je me suis dit que je m'étais trompé d'endroit. Bon, ils sont pas méchants mais c'est juste qu'ils ont plus de mal que les autres. Moi aussi j'ai des difficultés mais c'est pas pareil, c'est pas au même niveau.

En effet « si le corps objectivé incorpore et se soumet à la norme, le corps subjectivé peut s'y opposer, voire la transgresser au risque d'être exclu ou rejeté hors du groupe » (Gobet, 2005 : 127). Il faut ici, parfois, toute la force du groupe et de l'institution – et de ses normes comportementalistes – pour accepter cet état de fait : « moi aussi je suis handicapé puisque je suis en ESAT. » Nous avons ici un processus proche, toute chose égale par ailleurs, à ce que décrit Becker dans l'inscription progressive dans la carrière de déviant, ici de travailleur handicapé. Passer de la maladie psychique au handicap implique d'accepter de passer outre le regard social négatif posé sur le handicap, entendu au sens le plus large dans une société de la performance, et de rationaliser cette position (Becker, 1985) ; d'autant plus que s'inscrire dans les dispositifs propres au handicap implique de passer d'une identité discréditable à une identité discréditée (Goffman, 1975 : 14) de travailleur handicapé.

Certains, bien qu'ayant intégré un ESAT, refusent cette étiquette. Leur position est alors d'autant plus précaire qu'ils reproduisent les schémas de représentation du handicap dès lors que se trouvent réunis dans le même établissement différents types de handicaps :

Moi j'aime pas ce mot, je peux pas l'utiliser. Je me sens pas handicapé même si je sais que j'ai des difficultés mais je suis pas handicapé, je suis pas en fauteuil, j'ai pas un bras en moins, je critique pas ceux qui sont comme ça mais moi je suis pas handicapé, faut trouver un autre mot mais pas celui-là.

Ces préjugés sont parfois renforcés par l'attitude infantilisante des encadrants à l'égard des usagers :

Ici ils nous prennent pour des gamins, on n'a rien le droit de faire sans demander la permission. [...] Il faut même demander la permission d'aller aux toilettes.

Le handicap est alors vécu comme une stigmatisation touchant à l'identité : « on ne nous considère pas comme des adultes ». Dans les faits la personne handicapée est éternellement mineure. L'infantilisation, héritage d'une prise en charge paternaliste de la déficience intellectuelle, transparait souvent dans les propos directs de certains moniteurs. Nous avons souvent entendu dire « les jeunes » pour qualifier les usagers, quel que soit leur âge par ailleurs. Plus encore que les termes, les définitions ou les attitudes des uns et des autres, c'est parfois le projet même de l'ESAT dans sa dimension d'accompagnement qui est remis en cause :

Ils te disent que l'ESAT est un tremplin mais moi ça fait cinq ans que je suis ici et je fais du surplace.

Pour d'autres encore cette situation est directement organisée :

Les moniteurs et même le directeur ils te le disent qu'ils veulent pas que les meilleurs partent, les « bon niveaux » ils veulent les garder soit pour faire tourner les commandes dans l'atelier, soit pour faire les détachements.

La rémunération garantie en ESAT, même avec le supplément que constitue l'Allocation d'adulte handicapé (AAH), ne permet généralement pas d'accéder à un logement autonome, même dans le parc social. De fait, beaucoup d'usagers en ESAT vivent en foyer ou bien encore chez leurs parents.

C'est ici le projet même d'insertion par le travail des ESAT qui est remis en cause. Dans les fait cette insertion se réalise par le seul fait, pour des travailleurs handicapés exclus momentanément ou durablement du marché du travail, de se voir proposer des activités à caractère professionnel. L'objectif de réinsertion en milieu ordinaire est, quant à lui, très peu réalisé. Par ailleurs les contraintes économiques qui aujourd'hui s'imposent à ces établissements, du fait du désengagement progressif de l'État, les incitent à adopter un fonctionnement se rapprochant du fonctionnement d'une entreprise ordinaire. Les notions de productivité et de rentabilité font désormais partie du vocabulaire courant de ces établissements médico-sociaux. Souvent justifié comme participant du projet global

d'insertion professionnelle, ce rapprochement d'avec le monde de l'entreprise incite plutôt certains établissements à une sélection des travailleurs handicapés en fonction de leur potentiel de productivité, et ici handicap mental et handicap psychique entrent directement en concurrence, ces derniers étant souvent considérés comme des « bons niveaux ». Insertion socioprofessionnelle des usagers et nécessité d'équilibre financier des établissements apparaissent dès lors comme des injonctions contradictoires, la situation semble alors inextricable et d'autant plus que, comme le soulignait Markos Zafiroopoulos « de manière largement dominante, on ne sort pas des CAT » (1981 : 236).

Les spécificités de l'accompagnement du handicap psychique

Accompagner au quotidien des malades psychiques impose nécessairement d'être un jour confronté à des manifestations directement en relation avec un « rapport altéré avec la réalité ». La nature de la réponse apportée dans ces situations aura un effet direct sur l'expression et l'intensité de ces troubles. Deux alternatives s'offrent alors aux professionnels dans ces situations ; soit ce qui est considéré comme une expression délirante est entendue comme un symptôme de transfert, et dans ce cas on entend cette subjectivité sans en prendre le parti mais sans chercher à imposer aux forceps une « réalité objective » ; soit l'expression délirante est considérée comme une déviance vis-à-vis d'une « attitude normale » dans l'interaction et sera « combattue » dans l'objectif de remettre la personne dans une position en accord avec une norme disciplinaire.

Le cas de W. est de ce point de vue exemplaire. Mis à pied en vue d'une exclusion définitive pour violence envers un moniteur d'atelier, sa situation illustre parfaitement l'intolérance vis-à-vis de l'anormalité et l'imposition d'un cadre disciplinaire propre à la prise en charge en ESAT. W. est qualifié de travailleur ayant un « très bon niveau »⁹ mais d'une « humeur relativement instable ». Il a connu de

⁹ « Bon niveau » est souvent utilisé pour signifier que l'usager ne présente pas, ou peu, de déficience intellectuelle, et conséquemment que son handicap se situe plutôt sur un versant psychique.

grosses difficultés familiales, incluant des épisodes de violences, en outre il était récemment dans une situation très précaire quant à son hébergement en foyer. Durant les quinze jours ayant précédé l'incident il avait, par deux fois déjà, été impliqué dans des « altercations violentes avec d'autres travailleurs » et la veille il aurait pris à partie un moniteur d'atelier, raison de sa mise à pied. À l'origine du conflit avec le moniteur un retard de deux heures que W. a été incapable de justifier. Il y eut alors confrontation de deux attitudes, W. pour lequel deux heures de son emploi du temps sont à ce moment-ci indicibles et le moniteur pour qui ces deux heures doivent nécessairement être justifiées puisqu'elles auraient dû voir W. à son poste de travail. À bout d'arguments, et tandis que le moniteur lui imposait de révéler ce qu'il avait réellement fait durant ce temps, W. tenta dans un ultime geste de frapper son moniteur d'un coup de poing.

La méconnaissance des troubles psychiques, méconnaissance au double sens de ne pas connaître, manque de savoir, et de ne pas vouloir connaître, refuser de savoir, relèvent d'une approche strictement comportementale de la personne, privilégiant l'immédiat, et s'oppose de fait à une approche ontogénétique. Cette approche semble celle qui sera privilégiée en ESAT du fait des profils des moniteurs d'atelier. Elle ne saurait être une seule défiance vis-à-vis de la psychologie car les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes malades psychiques sont également, et oserions-nous dire, en premier lieu, sociales en ce qu'elles se jouent dans l'interaction avec autrui. Or, ces difficultés, par ailleurs exprimées, interagissent directement avec le comportement et c'est justement le versant comportemental de la personne, en vue d'une réinsertion sociale, qui est agi et sanctionné par l'ESAT dans son intervention. De fait, en ignorant trop souvent la dimension historique du sujet ce n'est pas un comportement pour ce qu'il est qui est évalué mais juste pour ce qu'il donne à voir. La finalité du projet médico-social peut alors ici se lire comme le fait de faire intégrer aux usagers un comportement qui se rapproche d'une norme disciplinaire au sens foucauldien du terme ; respect des horaires, respect de la hiérarchie – dans les ESAT que nous avons visités cela peut prendre la forme

d'une obligation faite de venir rasé, de demander l'autorisation pour se rendre aux toilettes, de manger sur place et ne pas sortir de l'établissement pendant le temps du repas – éléments jugés indispensables préalablement à une éventuelle réinsertion en milieu ordinaire de travail. C'est donc en grande partie dans l'ignorance des particularités de la maladie mentale et dans une optique d'orthopédie comportementale que sont accueillis les travailleurs handicapés en ESAT.

La particularité du handicap psychique étant qu'il est très fluctuant dans le temps, pour une même personne, symétriquement les manifestations tant positives que négatives, au sens psychiatrique du terme, sont très variables d'une personne à l'autre. C'est un handicap qui ne se manifeste pas nécessairement ou du moins qui n'est pas toujours visible et qui de ce fait est parfois difficilement appréhendable de l'extérieur. Cette difficulté empêche de tracer une frontière nette entre le normal et le pathologique, ce qui l'est beaucoup moins quand on est en présence de handicap mental ou physique. Or c'est précisément l'écart à la norme qui est jugé afin de se voir reconnaître le statut de travailleur handicapé. Si cette anormalité n'est pas reconnue c'est bien la présence en ESAT qui peut alors être remise en cause.

La confrontation au handicap psychique peut aussi apparaître aux moniteurs comme une confrontation avec des personnes qui, bien que sous leur autorité, les dépassent en diplômes :

Elle est vachement intelligente, elle a bac+4 ou +5, si elle n'avait pas ses problèmes de mémoire elle serait avocate. [...] Quand elle parle y a des fois je ne comprends même pas les mots qu'elle utilise.

C'est là un renversement symbolique de la hiérarchie légitimée par le savoir qui s'annonce, renversement qui peut remettre en cause la légitimité même du moniteur dans sa fonction :

Elle connaît par cœur tous les textes de lois, elle est capable de te dire ça c'est depuis 2006, ça c'est depuis 2008, elle connaît mieux que moi les lois sur les ESAT ; on pourrait croire que c'est elle qui est en formation.

Un autre encore :

Tu vois, on a reçu une nouvelle machine et le représentant il devait faire la démonstration mais on a cherché à voir comment elle

fonctionne, la notice elle était en anglais et c'est P. qui m'a fait la traduction, moi après j'étais à lui redemander les commandes, les autres ils disaient qu'il était le nouveau moniteur, comment après tu lui dis d'aller au boulot ?

Le handicap psychique fait enfin souvent échec à la notion même de projet¹⁰ telle qu'elle est entendue dans le secteur médico-social. Il est impossible de connaître l'évolution d'une maladie psychique et de fait les « rechutes sont possible à tout moment », ce qui rend difficile la mise en œuvre d'un projet à moyen ou long terme. Tous les professionnels sont conscients de cette difficulté mais là encore c'est le plus souvent à travers le prisme des capacités individuelles, mises en œuvre ou non, faisant appel au binôme volonté/comportement, que va être lue la réussite ou non des objectifs du projet individuel. En effet ce qui va caractériser nombre d'usagers handicapés psychiques, au regard du handicap mental, ce sont des capacités intellectuelles qui, si elles ont pu être quelque peu affectées par les épisodes de la maladie psychique, restent relativement préservées, ce qui s'exprimera en terme de « il a les capacités pour y arriver ». S'il n'y arrive donc pas ce ne sont pas ses capacités qui sont mises en cause mais bien la volonté. Néanmoins l'intégration rapide et définitive en milieu ordinaire de travail ne peut pas toujours être envisagée. Dans certains cas, c'est précisément le contact avec l'entreprise qui va être la cause d'une décompensation. Ici encore, le point de vue du psychologue se heurte aux pratiques des travailleurs sociaux qui ont, eux, pour objectif, suivant en cela les objectifs de la loi 2005-102, le

¹⁰ Le projet individualisé, coconstruit par la personne prise en charge et les équipes médico-sociales, est consigné dans un document contractuel, en ESAT il s'agit du Contrat de soutien et d'aide par le travail. Ce contrat implique l'engagement conjoint des deux parties. Derrière la notion d'usager acteur de son projet de vie, le projet en tant qu'outil de rationalisation de l'accompagnement fonctionne comme un outil de contrôle de l'engagement, évalué à chaque étape du projet, de l'usager dans sa prise en charge. Le projet individualisé, mesure qui vise à impliquer les personnes accueillies, s'inscrit dans une logique plus large de responsabilisation de l'individu rendu responsable de ses réussites mais également de ses échecs.

retour en milieu ordinaire de travail. Dès lors, les difficultés de la personne handicapée psychique peuvent être minorées voire niées :

T. ça fait trois fois qu'il fait des stages de plusieurs mois, à chaque fois c'est impeccable mais quand tu fais le point avec lui et que tu lui dis qu'il y a une possibilité d'embauche : c'est fini, soit il pète les plombs, soit il dit que c'est un boulot de merde et qu'il ne veut plus y retourner. [...] Moi je dis qu'il y en a qui sont bien contents de rester ici, c'est confortable.

Sur cette question de l'intégration en milieu ordinaire deux visions s'opposent, correspondant à deux conceptions des troubles psychiques. D'un côté, pour certains ces troubles sont à associer à un manque de volonté, un désir de confort, un refus de se confronter à la réalité et la dureté du monde social, comme tout un chacun, et dans le milieu protégé ces personnes trouveraient un confort de vie qui ne les inciterait pas à « franchir le pas ». Tandis que d'autres professionnels, essentiellement parmi les psychologues, ont une toute autre approche des troubles psychiques, entendus comme un rapport altéré à la réalité, et font une toute autre lecture des difficultés rencontrées pour intégrer le milieu ordinaire :

L'entreprise c'est hyper-angoissant, c'est un univers très violent, tu n'as pas le droit d'être faible, alors forcément le pas à franchir est très grand, voire impossible pour certains (me confiait un psychologue à propos du faible taux d'intégration des usagers de son ESAT, ajoutant :) moi, personnellement si un travailleur ne veut pas sortir d'ici, je ne considère pas ça comme un échec.

Une autre psychologue allait plus loin encore, « on sait bien que le retour en milieu ordinaire est facteur de décompensation, ça fonctionne pour une personne sur mille ». L'objectif de réinsertion en milieu ordinaire rappelé dans la loi 2005-102 est, dans ce cas surtout, un rappel pour les professionnels afin de ne pas enfermer les usagers dans des structures, « travaillant avec des pathologies chroniques ; elle nous rappelle que l'on se doit d'être vigilants ». L'intégration en milieu ordinaire, pour ce qui est des établissements traditionnels¹¹, ne concerne annuellement qu'un infime pourcentage des effectifs.

¹¹ Certains établissements ont des projets spécifiques et n'accueillent que des usagers handicapés psychiques en vue de mises à disposition en

Conclusion

L'impératif imposé aux établissements d'être économiquement viables, choix politique qui est édicté sous le sceau de l'évidence économique, les liens de plus en plus étroits avec le monde de l'entreprise, les contenus pédagogiques des formations d'accès aux fonctions de cadre ou de direction, tout cela concourt à abandonner une gestion traditionnelle de ces établissements, à la fois philanthropique et paternaliste, au profit d'une gestion managériale. Les débats ont parfois été violents dans certains établissements autour de la notion de démarche qualité inscrite dans la loi 2002-2 qui imposait pour certains des mesures et règles de fonctionnement issues de l'entreprise – contrôle des actions, mesure des progrès, évaluation des projets d'établissement – qui plaçait les chiffres avant l'humain et aboutissait à une gestion mathématique qui reléguait l'accompagnement social au second plan. Pour ses promoteurs au contraire, cette démarche s'inscrivait dans un souci de meilleure efficacité de la prise en charge ayant par ailleurs l'ambition de ne pas se couper, entre autre, des réalités économiques. Dans cette perspective, certaines associations ont pu voir dans ce nouveau public une opportunité de diversifier les ateliers de production et de développer des partenariats avec le monde de l'entreprise, duquel semblent issus nombre de nouveaux directeurs. Le profil des usagers présentant des troubles psychiques pourrait apparaître, au regard des acquis scolaires notamment, qualitativement supérieur à celui des usagers présentant des déficiences intellectuelles. Il est d'ailleurs fréquent d'entendre à propos de tel usager qu'il est de « bon niveau », signifiant par là qu'il n'est pas, ou peu, déficient, et qu'« il est de ceux que l'on peut mettre à n'importe quel poste ou en détachement ». Ces ouvriers polyvalents sont alors, malgré leurs difficultés comportementales,

entreprise et n'ont pas, ou peu, d'ateliers de production. Ces projets restent néanmoins minoritaires et les usagers qui en bénéficient sont en amont sélectionnés et ont déjà un parcours institutionnel, souvent d'ailleurs dans d'autres ESAT.

des atouts dans la concurrence que se livrent les établissements afin d'asseoir leur positionnement dans un marché en constitution.

L'intégration du handicap psychique en ESAT rend d'autant plus visible tout à la fois les mutations d'un secteur médico-social d'aide par le travail que le traitement social des anormaux, selon la terminologie de Michel Foucault (1999). L'accueil au sein d'un même établissement, dans un même geste ségrégatif, de la folie et de la déficience, nous renvoie au traitement de ces populations tel qu'avant la constitution des CAT, quand celles-ci étaient conjointement accueillies dans les asiles, à la différence notable qu'ici le couple pouvoir/savoir n'est pas reproduit. En effet, si les techniques disciplinaires sont bien mises en œuvre en ESAT, le savoir n'est pas, en revanche, une quête institutionnelle. L'action de l'ESAT par la mise au travail opère un véritable dressage des corps, « un contrôle intense, continu » ne portant pas uniquement sur la production mais bien sur « l'activité des hommes, leur savoir-faire, leur manière de s'y prendre, leur promptitude, leur zèle, leur conduite » (Foucault, 1975 : 205) assuré par un véritable corps professionnel intermédiaire, ici essentiellement les moniteurs d'ateliers.

Ce dressage est en même temps un redressement, une orthopédie comportementale qui ignore pour une bonne part la dimension subjective des usagers accueillis. Si l'on en croit Pierre Bourdieu « la structure sociale [...] à travers les structures qu'elle produit, fonctionne en tant que principe générateur d'idéologie » (1975 : 20), dans le cas présent la division des tâches, l'organisation interne des ESAT induit une prise en charge comportementaliste, par la seule prise en compte des manifestations visibles sans en chercher les causes ontologiques. Le projet en soi n'est pas nouveau, le travail comme thérapeutique appliquée aux troubles psychiques nous renvoie directement à une période pré-psychanalytique et précisément aux premières heures du système asilaire : « le travail régulier doit être préféré, aussi bien du point de vue physique que

moral. [...] Il est ce qu'il y a de plus agréable pour le malade, et ce qui est le plus opposé aux illusions de la maladie. »¹²

L'inscription du handicap psychique en ESAT induit une nouvelle forme de prise en charge morale et thérapeutique des troubles psychiques, un accompagnement au quotidien par essence comportementaliste et un accompagnement psychiatrique qui, pour une bonne part, se limitera au renouvellement du traitement qui stabilise les troubles. L'ambition freudienne de la cure analytique : exploration de l'inconscient du sujet, attachement à la genèse des symptômes, est aujourd'hui rabattue, si ce n'est combattue, au profit d'une astreinte à un nouveau principe de réalité, l'efficacité. Cette réalité se retrouve par ailleurs dans l'intégration, pour ce qui est du fonctionnement global de l'ESAT, des « réalités du marché ». La gestion managériale qui s'impose dans ces établissements, par ce qu'elle induit – occultation de l'histoire sociale des agents et tendance à envisager l'entreprise, ici l'ESAT, comme un espace social autonome¹³ – participe également de cette (r)évolution.

L'intégration des personnes présentant des troubles psychiques en ESAT devait, par le travail, participer au projet de leur identité (Çabal, 2004 : 115). Nous avons vu comment le travail, tel qu'il était organisé en ESAT, participait plutôt d'un traitement moral, dans les faits la réinsertion restant encore aujourd'hui l'exception. Cet accompagnement renforce par ailleurs le modèle médical d'interprétation du handicap, qui individualise et pathologise les difficultés de l'individu, au détriment d'un modèle social du handicap qui cherchera quelles sont les limitations posées par la société. Les politiques de fermeture des lits psychiatriques ont rendu plus aigu encore le problème posé par la question de la place des malades psychiques dans la cité. Nous voyons que la réponse donnée par la prise en charge médico-sociale est une encore une réponse d'exclusion : « Les fous, les caractériels, les arriérés vont se

¹² Tuke (1996 : 156), cité par Foucault (1972 : 505). Samuel Tuke, à la même époque que Pinel en France, créa une institution asilaire pour les insensés dans laquelle ceux-ci étaient mis au travail.

¹³ Flamant (2002).

retrouver une nouvelle fois ensemble dans un espace commun, comme celui du grand renfermement asilaire. Mais cette fois c'est avant tout par un appareil de production qu'ils vont être assujettis. » Les propos de Markos Zafirooulos (1981) pouvaient sembler extrêmes, ils ont aujourd'hui leur application concrète dans de nombreux ESAT. Est-ce là le prix à payer pour l'inclusion, par le travail, des malades psychiques dans la cité ?

RÉFÉRENCES BIBLIORAPHIQUES

- BECKER H.**, 1985. *Outsiders*. Paris, Métailié.
- BOURDIEU P.**, 1975. « Structures sociales et structures de perception du monde social », in *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1(2) : 18-20.
- ÇABAL P.**, 2004. « Handicap par maladie mentale » *Empan*, 55 : 115-117.
- CASTEL R.**, 1976. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*. Paris, Minuit.
- FLAMANT N.**, 2002. « On ne sait plus qui est le chef », *Terrain*, 39 : 109-120.
- FOUCAULT M.**, 1972. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris, Gallimard.
- FOUCAULT M.**, 1975. *Surveiller et punir*. Paris, Gallimard.
- FOUCAULT M.**, 1999. *Les anormaux – Cours au Collège de France 1974-1975*. Paris, Seuil/Gallimard.
- GOBET P.**, 2005. « Le corps mis au secret », *Champ Psychosomatique*, 37 : 121-129.
- GOFFMAN E.**, 1975. *Stigmates, les usages sociaux du handicap*. Paris, Minuit.
- TUKE S.**, 1996 [1813]. *Description of the Retreat, an Institution Near York for Insane Persons*. London, Process Press.
- VANOVERMEIR S.**, 2004. « Les établissements pour adultes handicapés au 31 décembre 2001 », *Études et Résultats*, 308 (DREES).

VILLE I., RAVAUD J.-F., 1992. « Handicap et stigmatisation » in FERRÉOL G. (dir.), *Intégration et exclusion dans la société française contemporaine*. Lille, Presses Universitaires de Lille : 251-280.

ZAFIROPOULOS M., 1981. *Les arriérés : de l'asile à l'usine*. Paris, Payot.

Résumé

Cet article présente les résultats provisoires d'une étude portant sur la reconnaissance du handicap psychique et de ses conséquences dans l'accompagnement médico-social. L'étude porte plus particulièrement sur l'insertion des personnes présentant des troubles psychiques dans les établissements pour travailleurs handicapés (ESAT). L'observation des pratiques professionnelles en ESAT montre que cette prise en charge de type comportementale, par-delà les discours d'insertion, reproduit des schémas anciens d'exclusion et de mise à l'écart de la maladie mentale.

Mots-clefs : handicap psychique, maladie psychique, maladie mentale, travailleurs handicapés, handicap, comportementalisme, stigmatisation.

Summary

The Recognition of Psychological Disability and Integration into Aid Structures through Work

This article presents the provisional results of a study into the recognition of psychological disability and its consequences in the French medico-social assistance system. The study focuses on the inclusion of people presenting psychological disorders in institutions for disabled workers (ESAT). The observation of professional practices in these institutions shows that this behaviourist type of care, beyond discourses about inclusion, reproduces former practices of exclusion and confinement of mental illness.

Key-words: psychological disability, psychological illness, mental illness, disabled workers, disability, behaviourism, stigmatisation.