

Le travail des malades mentaux en France. Histoire d'une utilité sociale dérobée

John Ward

Volume 27, Number 1, Spring 2002

Rétablissement (1) et Travail (2)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/014544ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/014544ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Ward, J. (2002). Le travail des malades mentaux en France. Histoire d'une utilité sociale dérobée. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 140–157.
<https://doi.org/10.7202/014544ar>

Article abstract

Work of the mentally ill in France. A story of a side-stepped social usefulness. The concept of "mental alienation" in an etymological and philosophical sense means "a subjective process by which an individual becomes stranger to himself". Alienation covers the feeling of powerlessness (being unable to influence the course of events), the absence of recognition of social norms leading to mental and social isolation, finally, lack of significance (not understanding the world in which we live). Following Engels and Marx, the modern worker, like the mentally ill, is also touched by a kind of alienation, this time objective. Like mental illness, work renders the individual a stranger to himself and leads to multiple forms of enslavement, by the absence of power on his conduct, by the blind obedience to social norms, and by the reification of the alienated product of labour of its human essence leading to the loss of meaning (Rosner, 1967).



Le travail des malades mentaux en France. Histoire d'une utilité sociale dérobée

John Ward*

Le concept « d'aliénation mentale » au sens étymologique et philosophique veut dire « un processus subjectif par lequel un individu devient étranger à lui-même ». L'aliénation recouvre le sentiment d'impuissance (ne pas pouvoir influencer le cours des événements), l'absence de reconnaissance des normes sociales conduisant vers un isolement mental et social, enfin le manque de sens (ne pas comprendre le monde dans lequel on vit). Suivant Engels et Marx, comme le malade mental, le travailleur moderne est aussi touché par une forme d'aliénation, cette fois objective. Comme la maladie mentale, le travail fait de l'homme un étranger à lui-même et conduit à de multiples formes d'*asservissement*, par l'*absence de pouvoir* sur sa conduite, par l'obéissance aveugle à des *normes sociales*, et par la réification dans le produit aliéné du travail de son essence humaine conduisant à la *perte de sens* (Rosner, 1967).

Si on admet que le travail peut conduire ainsi à une forme d'aliénation, à quel projet de société et à quelle conception du psychisme les aliénistes, psychiatres, ergo et sociothérapeutes font-ils référence en proposant aux malades mentaux de travailler ? S'agit-il seulement de substituer une forme objective d'aliénation à son expression subjective ? Sinon, quelles sont les vertus non aliénantes supposées de l'occupation, du travail rémunéré et du statut social que ces activités confèrent ?

En réponse à ces questions, nous nous proposons d'évoquer les différentes figures historiques de cette entreprise de mise au travail du malade mental et d'analyser son intention explicite et implicite. Nous montrerons qu'en France le travail du malade mental a longtemps répondu à un double impératif : économique et thérapeutique. Au XIX^e siècle il s'agissait de faire vivre les internés et leurs soignants par une activité productive, tout en recherchant les effets salutaires sinon soignants du travail. Au cours des années 1950, âge d'or de l'ergothérapie purement occupationnelle, on recherche l'effet symbolique d'un accès au monde du travail et la réacquisition des règles de vie en société, davantage qu'une rééducation du geste ou une amélioration du rapport

* Institut supérieur de l'intervention sociale, Neuilly sur Marne/Université Paris Nord.

entre le psychisme et l'action. De nos jours, alors que priorité est donnée à la réinsertion dans la communauté, les différentes formes de prise en charge réadaptatives favorisent également la recherche d'un « vrai » emploi au détriment d'une réflexion sur le rapport entre le psychisme du malade et son travail. En d'autres termes, tout au long de l'histoire de la psychiatrie française, l'objectivation d'un statut de travailleur a toujours prévalu sur la recherche d'une socialisation de groupe et sur la recherche d'un bien-être comme fin en soi dans le travail.

Au temps des asiles le rapport au travail s'inscrit dans un asservissement total à l'institution vivant en autarcie

Voyons d'abord comment émerge la question du travail de l'aliéné au XIX^e siècle.

De la création des asiles par la loi de 1838 jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale, les individus internés dans les asiles français se voient déstitués de la plupart de leurs droits sociaux et civiques. Arborant l'uniforme de l'asile, dépouillés de leurs objets personnels, internés par la force, la dénégation de leur existence sociale va jusqu'au refus d'employer le nom d'épouse pour les femmes mariées et à la confiscation de leurs revenus et biens par un pouvoir administratif tutélaire omniprésent (Foucault, 1972).

Malgré l'enfermement, l'aliéné peut encore accéder à un semblant d'existence sociale en travaillant. En effet, les asiles sont dotés de fermes, de services collectifs (buanderie, nettoyage, administration) et de logements. L'aliéné capable de contribuer à l'économie collective et à l'entretien va retrouver un ersatz de son statut antérieur sur ordre du médecin. Guéri partiellement, il peut espérer être envoyé à l'une des colonies agricoles qui dépendent étroitement du système.

Ainsi, selon les rapports annuels des Asiles de la Seine du début du XX^e siècle, on organise le travail selon deux paramètres : « la capacité des aliénés en fonction de leur état » et « la volonté libre de l'aliéné » (Giesberger, 1993, 55). L'aliéniste et son administration se réfèrent à un tableau de classification des métiers pour assigner les aliénés aux travaux nécessaires à la vie de l'asile dans un souci « d'utiliser au mieux les savoir-faire des malades au sein de l'asile » (Giesberger, 1993, 55).

En outre, l'aliéné possède un potentiel de travail conféré par sa pathologie même. Rodiet, médecin responsable à l'asile de Ville Evraud du service des malades travailleurs, relève que les mélancoliques et les malades chroniques sont aptes à travailler davantage à l'exploitation agricole et horticole, les alcooliques dans les ateliers en tant qu'ouvriers.

En effet, l'ouvrier est plus touché par l'alcoolisme (en 1901, 58 % des alcooliques internés sont des ouvriers à l'origine), les cultivateurs sont davantage victimes de débilité mentale et de mélancolie. Le choix des travaux confiés à l'aliéné s'effectue non seulement en fonction de sa profession antérieure, mais aussi de la pathologie mentale que ce métier a pu induire.

Par ailleurs, même si on évoque sa « volonté libre », le désir de travailler de l'aliéné est essentiellement compris en terme nosographique. Il est libre d'épanouir son symptôme dans la tâche proposée. Le principe avait déjà été expérimenté au XIX^e siècle, comme l'indiquent Claude Quételet et Philippe Morel, (1979, 220). À la colonie de Fitz James attachée à l'asile de Clermont de l'Oise, « un lien pour le moins curieux mais dont on saisit aisément la logique utilitaire a été établi entre le type d'aliénation et la tâche assignée » : les délirants bruyants travaillent au lavoir ; les imbéciles et idiots au transport du linge et au séchoir ; les mélancoliques vont étendre le linge ; le triage et le pliage sont effectués par des monomanes tranquilles.

Les femmes n'ont pas le droit de travailler dehors. Elles sont confinées aux travaux domestiques, à la cuisine, à la buanderie, au repassage, aux travaux dans les quartiers, à l'atelier de couture. Les aliénées capables d'un rendement supérieur pourront travailler comme bonnes, cuisinières ou nourrices auprès des médecins et leurs familles vivant en appartement dans l'enceinte de l'asile.

Le travail des aliénés reçoit une rémunération sous forme de pécule correspondant à moins d'un dixième du salaire moyen journalier d'un ouvrier. (En 1911 le pécule le plus élevé pour un travail de dix heures de grande culture à la ferme de l'asile s'élève à 0,50 F comparé à 8,80 F pour une journée d'ouvrier « normal » (Giesberger, 1993). Ce montant est fixé par l'État en référence au principe réglementaire voulant que le produit du labeur serve d'abord à assurer le coût de la vie à l'asile et appartienne, par conséquent, à son administration.

Aux termes des articles 153 et 154, le produit du travail appartient à l'asile. La journée réglementaire est de dix heures et donne droit pour chaque aliéné à une rémunération que doit déterminer le règlement (Règlement officiel des Asiles, 1857).

Nous voyons que ce pécule matérialise une forme d'asservissement total de l'aliéné. En outre, il n'est versé qu'à certaines conditions — bonne conduite, paiement régulier par la famille de sa contribution à l'entretien, etc. Il faudra attendre 1958 avant que l'État ne fasse disparaître ce régime en affirmant le principe que le malade bénéficie du

salaires de son travail (par voie réglementaire seulement, car les premières réformes de la psychiatrie ne sont soumises au vote du parlement qu'en 1986).

Relevons aussi le système d'incitation au travail par la distribution de boissons alcoolisées. Certains aliénistes, comme Legrain, s'élèveront contre ce principe qui entretient l'alcoolisme des aliénés les plus lucides et par conséquent les plus productifs (Toulgoat, 1994). Mais il est clair qu'au cours de cette période le travail prolonge la pathologie plutôt qu'il ne la contrarie. Legrain a donné sa démission faute de pouvoir changer ce système au nom de la morale anti-alcoolique.

Ce système asilaire de mise au travail correspond par bien des points à une économie de type féodal. On y relève la prédominance des travaux agricoles, l'arbitraire de l'affectation aux emplois à l'asile uniquement basée sur l'appréciation d'une autorité unique (le médecin), le fait que le produit du travail ne soit pas vendu, mais utilisé par le producteur. Le pécule consenti au travailleur relève d'un principe décidé en haut lieu et non d'un calcul de la valeur d'échange du travail dans un rapport salarial. À l'asservissement produit par l'aliénation mentale on substitue la soumission à une autorité médicale suprême et à une communauté vivant en autarcie. L'utilité sociale du travail de l'aliéné est mise au service de la reproduction du système asilaire dans lequel il est enfermé.

À l'époque de l'humanisation, le malade mental est invité à s'émanciper tout en adhérant à la norme sociale du travail

L'approche occupationnelle et non productive de la mise au travail, pratique louée pour ses effets thérapeutiques et socialisants, connaît son apogée en France au cours des années cinquante.

Cette approche existe déjà à l'état embryonnaire dans le traitement moral tel que Tuke en Angleterre et Pinel en France le conçoivent au début du 19^{ème} siècle. Il s'agit de fournir une occupation au malade pour le sortir de son isolement et dans le but de lui montrer que ses actions peuvent avoir des effets (qu'il a le pouvoir d'agir sur la nature). Le traitement moral vise également à rendre à l'aliéné une compréhension rationnelle du monde et à lui imposer un ordre moral. Bref : faire appel à la partie raisonnable qui reste de son esprit pour rendre le malade à lui-même et à la société (Longin, 1991). C'est l'ambition noble du traitement moral de surmonter l'aliénation mentale en proposant un travail précisément non aliénant, qui peut avoir un sens créatif et épanouissant (Petrovic, 1967).

Un tel projet suppose que l'aliéné a le loisir d'une activité dont le but n'est pas de contribuer à sa propre subsistance. De notre point de

vue, l'échec relatif du traitement moral au XIX^e siècle en France est en partie attribuable à cette contrainte économique qui réserve le travail (ré)créatif aux plus fortunés. L'ordre économique et moral bourgeois régnant en France (Castel, 1976) ne permet d'offrir le luxe d'un travail sans but productif qu'à une petite minorité, alors que les pouvoirs publics tiennent à confier aux aliénistes la folie ordinaire et dangereuse du prolétaire indigent.

Une comparaison avec la situation anglaise permettra d'étayer ce propos. En effet, l'ergothérapie inaugurée par Tuke rencontrera davantage de succès en Angleterre. Le traitement moral fonde une tradition de prise en charge occupationnelle fermement ancrée dans la tradition psychiatrique britannique et encore influente de nos jours (voir Digby, 1985, 42 et Dick, 1983, 26). Ainsi, à la Retraite de York, on introduit des occupations littéraires, musicales, des excursions, des sports, etc. (Digby, 1985). Ces pratiques vont être reprises dans les asiles publics et transformées en projets de mise en contact avec la communauté extérieure, dès le début du XX^e siècle, par l'association « de soins de suite » (*Mental After Care Association*) soutenue par des aliénistes, par l'église et par les pouvoirs publics (Lord, 1923, 303 ; Rayner, 1923, 303).

Nous évoquerons deux raisons pour cette évolution différente. D'une part, le traitement moral britannique se répand sous l'influence du protestantisme, qui insiste davantage sur le travail comme chemin de délivrance et sur les valeurs d'humilité et de gratuité. D'autre part, la révolution industrielle en Angleterre est bien plus précoce. Dans une société industrielle, l'aliéné peu productif ne peut pas concourir sur un marché de travail impitoyable. Par conséquent, l'asile peut imaginer de lui trouver des occupations non rémunérées sans remettre en cause le système économique. Dans une société à dominante rurale telle la France du début du siècle, même la faible productivité d'un aliéné peut être exploitée en terme de valeur d'usage pour la collectivité, ce qui explique peut-être le peu de succès de l'ergothérapie occupationnelle dans ce pays durant cette période.

L'intérêt thérapeutique du travail non rémunéré suscite un regain d'intérêt en France à partir des années 1920. Plusieurs psychiatres chercheront à définir son intérêt et à codifier la pratique.

Le travail « gratuit » fourni d'abord un moyen de contrainte mentale non physique. Citons l'exemple de « l'amusement » proposé par le grand psychiatre de l'entre-deux-guerres, Gaëtan De Clérambault, qui, inspiré par ses études personnelles de l'esthétique des costumes drapés exotiques, propose « aux parésiés et aux ankylosés » un travail « mécano-thérapique » de tissage « rééduquant les commandes nerveuses et

remplaçant la contention de la volonté par l'intérêt» (cité dans Longin, 1991, 287).

L'occupation présente également l'intérêt de ramener le malade vers la norme sociale. Hermann Simon (Longin, 1991) rationalisera cette approche ergothérapique¹, en proposant une classification des travaux demandés en cinq degrés d'autonomie : 1) travail simple sans attention ni indépendance, 2) travail mécanique nécessitant peu d'attention et d'initiative, 3) travail exigeant une attention régulière, de l'initiative, de l'intelligence, 4) travaux nécessitant une bonne attention et un raisonnement presque normal, 5) travail égal à celui d'un ouvrier normal.

Nous voyons que cette classification correspond à des degrés gradués d'attention, de raisonnement, d'initiative et de responsabilité. L'aliénation mentale est abordée par l'absence de rapport à la norme sociale du travail qu'il s'agit de restaurer. La codification du travail fournit une base dans la réalité à cette norme sociale, calquée sur le rendement d'un « ouvrier normal ». Cependant, contrairement à ce dernier, le malade mental a l'avantage de pouvoir visualiser le produit de son travail. En effet, à partir du niveau 2 de la grille, l'on propose une réelle production artisanale — par exemple, au niveau 4 : des « travaux de confection des robes et vêtements de toute sorte » et au niveau 5 : la « fabrication simple des brosses, racloir, écouvillon, etc. » (Longin, 1993, 453). Sans rémunération, le malade mental acquiert un droit aux satisfactions prodiguées par l'artisanat et il échappe aux rigueurs de la production industrielle taylorienne à la chaîne.

Dans une perspective psychanalytique introduite, à St. Alban notamment, durant la Deuxième Guerre, Fernand Tosquelles (1967) fera référence à cette grille en montrant comment le travail peut servir d'analyseur du rapport transférentiel et contre-transférentiel entre le sujet et l'institution. Selon lui, le travail ne peut être productif qu'à condition de l'organiser en fonction de la subjectivité humaine, elle-même imprévisible. Même au niveau le plus bas de la grille de Simon préconisant un travail simple de conditionnement, les gestes automatiques d'un schizophrène souffrant de catatonie ne peuvent servir à la transformation des objets (pliage, conditionnement, etc.) que si le malade travailleur y participe en tant que sujet. Comme le fait remarquer Tosquelles, la chaîne à l'usine ne fonctionne pas totalement sans intervention humaine et les hommes, fussent-ils catatoniques, ne peuvent pas se transformer en robots. Cette partie infime de l'humain dans un travail répétitif va constituer la clé du rapport entre le malade et son environnement et l'objet d'une analyse permanente suivant les méthodes de la psychothérapie

institutionnelle. Le rappel de la norme sociale devient seulement un cadre facilitant l'émergence d'une subjectivité obscurcie par la psychose. Aliénation au travail et aliénation mentale se rejoignent – en se libérant de l'une, le malade se libère également de l'autre grâce à l'analyse de l'inconscient individuel et collectif.

Selon Tosquelles, la valorisation du travail passe par l'expression de la subjectivité du malade et de sa propre perception de la réalité. Toute une série d'activités de valorisation des vieux objets, de déchets peuvent faciliter cette expression. Ces expériences font œuvre sur le vécu de morcellement et de dissociation propre à la psychose et vont être analysées en référence, notamment, au concept psychanalytique de réparation (Tosquelles, 1967, 57). Dans cette perspective, l'aliénation est abordée sous l'angle du rapport à soi et du sentiment d'étrangeté — elle est traitée par la prise de conscience et la recherche de sens qu'un cadre de travail adapté permet.

Contrainte mentale, normalisation, accès à la subjectivité apparaissent progressivement comme des buts à part entière recherchés par l'ergothérapie et non comme des effets secondaires bénéfiques d'un travail en première intention productif.

Relevons une dernière évolution observable au cours des années cinquante : l'effet social du travail peut enfin être entièrement décroché du statut social conféré par l'emploi. Désormais, il s'agit pour l'ergothérapie de favoriser la vie en groupe et en société. En effet, plusieurs évolutions vont permettre de concevoir une approche occupationnelle prenant appui sur la promotion d'une vie sociale à l'intérieur de l'hôpital :

- l'embellie économique permet à l'administration de mieux assurer le financement d'hôpitaux et d'abandonner l'autofinancement par le travail des malades ;
- le désencombrement des hôpitaux permis par l'invention des neuroleptiques et par la politique de déségrégation autorise une prise en charge humanisée de la vie sociale à l'hôpital ;
- l'évolution de la représentation sociale de la folie permet à l'aliéné d'acquérir un véritable statut de malade et d'adopter le « rôle social » qui l'accompagne — autorisation à prendre du repos, droit à l'affection et au soutien de l'entourage (même si la famille perd une source de revenu, le salaire du chef de famille), obligation de contribuer à sa propre guérison (Parsons, 1953).

C'est ainsi que l'on voit fleurir nombre d'initiatives où l'ergothérapie s'inscrit dans un processus de vie collective. Au Centre de traitement et de réadaptation sociale de l'hôpital de Ville Evrard ouvert en

1948, par exemple, l'on organisera, à côté des activités traditionnelles d'ergothérapie (vannerie, macramé, etc.), des sorties, des fêtes, une chorale et des tournois. Au compte rendu du mois de février 1950, on apprend la création d'une caisse de solidarité destinée à « financer les frais de voyage des camarades nécessiteux se rendant à Paris pour des questions de travail ». Un autre exemple est fourni par Georges Daumézon (1948) : Gérard, ancien instituteur, va progressivement surmonter son état dépressif grave en participant à la rédaction d'un journal avant de se réinsérer socialement dans une activité intellectuelle en dehors de l'hôpital.

Dans cette sociothérapie, l'effet de groupe et la solidarité supplantent l'approche individuelle d'adaptation du poste de travail à la pathologie. L'occupation proposée n'est plus déterminée par le caractère de la pathologie, ni par son utilité sociale, mais par l'appartenance à une collectivité occupationnelle et récréative qu'elle favorise. Le malade est invité à reconnaître des normes sociales partagées par les autres patients psychiatriques et par les travailleurs en dehors de l'institution.

La psychothérapie institutionnelle de Tosquelles et la sociothérapie impulsée à Ville Evrard par Paul Sivadon sont deux approches visant à transformer l'asservissement à la maladie (l'aliénation à soi) et l'asservissement au travail (l'obéissance aveugle à la loi du travail) en une acceptation consentie de la norme. Il s'agit de remonter le fil de l'aliénation pour tenter de laisser une place à la subjectivité humaine et à une certaine marge de liberté de choix, voire au plaisir de travailler. Au prix d'abandonner ou de différer la recherche d'une utilité sociale rémunératrice.

Depuis la politique de désaliénation, le parcours mouvant de réadaptation et de réinsertion tient lieu de statut social fixe de travailleur

Passons maintenant à l'époque contemporaine et analysons deux figures du rapport au travail proposé aux malades : l'accompagnement vers le « milieu ordinaire » et le « travail protégé ». Si l'humanisation effectuée à partir des années cinquante a permis une prise en compte du sujet social à l'hôpital, le marché du travail rétrécissant depuis les années soixante-dix assure de moins en moins le relais lors de la sortie, même pour un malade socialisé et apte à assurer un poste normal. Par conséquent, la psychiatrie va donner priorité à l'intervention extérieure à l'hôpital en délaissant quelque peu l'ergothérapie (elle subsiste, néanmoins, sous des formes inspirées de la psychothérapie et de la sociothérapie). À partir de la crise économique du milieu des années soixante-dix, l'attention des psychiatres et des travailleurs soignants et sociaux se

tourne, logiquement, vers le système de protection sociale, qui offre un parcours soit de normalisation, soit de travail aménagé.

En France, le statut social du malade mental à la sortie de l'hôpital est déterminé en grande partie par une filière administrative de protection sociale qu'il va intégrer. Guéri (ou du moins libéré de son étiquette), le malade peut obtenir un travail « normal » en s'adressant directement à l'agence pour l'emploi ou à un service d'insertion en milieu normal tel le EPSR (Équipe de prévention et de suites de reclassement). Reconnu handicapé en raison de sa pathologie, mais capable d'assurer un poste réduit, il peut réclamer une réinsertion via le service d'invalidité ou de personnes handicapées. La COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) procédera à une évaluation du degré d'incapacité suivant une nomenclature médicale et administrative précise (CTNERHI, 1998), puis l'orientera vers une réinsertion pour la majorité dans une structure de travail protégé.

Si ces alternatives ne sont pas retenues, le malade, devenu chômeur à long terme, pourra s'adresser à la filière de la « solidarité » et rejoindra le statut de « rmiste » (bénéficiaire du RMI, revenu minimum d'insertion). Des emplois en intérim ou en contrat à durée déterminée dans l'économie « solidaire » représentent une ultime possibilité située, pour le moment encore, en marge du système habituel malgré une harmonisation de son cadre législatif offert par la loi de lutte contre les exclusions, de 1998.

Chacune de ces filières mise sur l'aménagement d'un parcours vers l'emploi, semé d'embûches dues à la maladie et liées aux incertitudes du marché, mais permettant, à terme, d'espérer l'accès à un travail « ordinaire ». Quelle que soit la filière sociale, la psychiatrie cherchera au cours de cette période à adapter à la spécificité de la maladie mentale les solutions proposées initialement aux travailleurs devenus inemployables. Elle essaiera également d'éviter toute stigmatisation des ex-patients psychiatriques.

L'accompagnement vers un poste en milieu ordinaire : un parcours de normalisation

La recherche d'un travail en milieu normal peut être facilitée par des actions de formation et d'accompagnement visant, comme le dit Anne-Marie Boisson, assistante sociale, « l'émergence du projet professionnel ». Dans la structure qu'elle décrit, toute une série de moyens est déployée pour re-mobiliser, favoriser l'affirmation de soi, préparer l'entretien d'embauche, effectuer des bilans de compétences et assurer un suivi continu, y compris après l'obtention d'un emploi en entreprise.

Des techniques de négociation avec le milieu normal et de prospection des entreprises sont déployées pour diminuer la stigmatisation et maintenir un lien social. Le mode d'intervention est fortement individualisé, le groupe servant de support à l'élaboration de projet individualisé, et de source d'encouragement, plutôt que de lieu d'appartenance identitaire comme dans la psychothérapie.

La spécificité du travail psychiatrique consiste à prendre en compte cette dimension identitaire en ce qu'elle peut comporter de souffrances et à reconnaître que le parcours peut être interrompu par de nouveaux épisodes de la maladie. D'autre part, un intense travail de prospection et de partenariat (dont les techniques sont détaillées par Stiker (AGEFIPH, 2000) permet de dé-stigmatiser le malade mental pour le faire accepter dans un milieu de travail normal : Il s'agit notamment d'instaurer une relation de confiance et la reconnaissance de la « perméabilité entre le vécu social et le vécu professionnel » (AGEFIPH, 2000, 11.).

La perspective développée est bien celle d'une réhabilitation psychosociale (Arene, 1998) au sens anglo-saxon du terme : reconnaître les compétences de la personne relatives aux habilités sociales nécessaires au travail (capacité à se réveiller, à maintenir un rythme, à respecter l'ordre de l'atelier) et à la qualification pour un poste adapté. Le malade est incité à se conformer à la norme sociale en diminuant la visibilité de ses symptômes et à accepter la discipline d'une « re-dynamisation » focalisée sur son projet d'insertion. Il s'agit d'un asservissement non pas à une autorité, mais à un but socialement déterminé dont la réalisation reste toutefois très incertaine.

Au moment où seulement 51 % de la population active bénéficie d'un salaire stable par le contrat à durée indéterminée (Belorgey, 2000), le malade mental orienté vers une filière par l'EPSR ou par le système d'insertion associé au RMI peut se considérer comme un travailleur presque « normal ». Il connaîtra des périodes de chômage, de travail précaire, de formation, ponctuées des résurgences de sa maladie et des tentatives de re-dynamisation qui s'ensuivent.

À l'aliénation du malade, dans ce qu'elle comporte de solitude, de non-reconnaissance de la norme sociale et de morcellement identitaire, on répond par une nouvelle forme d'aliénation au travail : la solitude du chercheur d'emploi, l'hyper-conformité à la norme, requise par la situation de recherche d'emploi (rédaction du curriculum vitæ, techniques de prospection, entretien d'embauche) et le morcellement d'un parcours de travail à temps partiel, à statut précaire et temporaire. Le rapport au travail devient un rapport à soi. L'utilité sociale du travail n'est plus qu'un idéal réalisé de manière intermittente.

Le travail « protégé » : la dignité d'un travail à finalité économique malgré sa productivité réduite

L'atelier protégé et le Centre d'aide par le travail constituent les deux principaux types de structures de travail protégé vers lesquelles un malade peut être orienté si l'espoir d'une réinsertion en milieu « ordinaire » ne paraît pas réaliste. Ces structures font souvent du conditionnement, des productions jardinières, des activités industrielles de sous-traitance. Tout en ayant la forme d'une entreprise « normale », elles offrent à l'employeur une protection des risques du marché et permettent de valoriser un travail à rendement peu compétitif. En effet, créé pour protéger les travailleurs handicapés et assurer leur insertion en milieu ordinaire, le système complexe de gestion sert aussi à protéger la structure elle-même, en lui permettant de rester compétitive grâce aux subventions publiques (sous deux formes : aide au fonctionnement et financement lié au poste). Le but de réinsertion en milieu normal a été progressivement abandonné depuis la loi de juin 1975 qui fonde ce secteur. Le « handicap » du travailleur est défini essentiellement par le déficit de rendement et par l'adaptation du poste de travail qui doit compenser ce déficit.

Une telle définition s'adapte plus facilement aux handicaps prévisibles et à évolution lente. De plus l'accès aux centres d'aide par le travail est rendu très lent par des délais d'attente allant jusqu'à cinq ans en raison d'un système de recrutement des personnes handicapées bureaucratise à outrance (Zribi, 1998). Or, la maladie mentale est porteuse de « handicaps » suivant la nomenclature actuelle (CTNERHI, 1998) fluctuants et moins prévisibles que l'invalidité physique. Il s'agit donc avant tout d'une offre d'insertion pour les malades « stabilisés » qui se reconnaissent dans l'étiquette de « personne handicapée » et peuvent supporter les délais longs de traitement des dossiers par la COTOREP (cette commission étant chargée de la décision d'entrée en travail protégé après évaluation).

En cherchant à surmonter ces inconvénients, plusieurs associations gestionnaires de services ont tenté de construire des parcours d'entrée et de sortie du système mieux adaptés aux malades mentaux. Par exemple, la Société vendéenne d'Aide à la santé mentale, étudiée par Coirier (1996), cherche à permettre le lien entre un centre d'ergothérapie, des ateliers thérapeutiques et un atelier protégé fonctionnant dans la communauté. L'hypothèse de cet auteur est que « seul le travail apporte (aux malades mentaux) des rapports sociaux par un système de communication retrouvé ». En interrogeant les malades, l'auteur montre que le travail et l'occupation sont deux notions incompatibles. Seul le premier

permet une réelle structuration du temps, un meilleur équilibre physique et psychique et un changement de regard sur la personne. Le travail sert de support aux rapports sociaux et véhicule un fort sentiment identitaire. L'intégration par le travail suppose aussi de faire reconnaître une utilité sociale dans le tissu économique de la région : mais c'est surtout par le rapport au travail (et non par sa rémunération qui reste largement à base d'allocations) que le malade va retrouver son estime de soi, son groupe d'appartenance. Coirier réaffirme ces valeurs de la réadaptation au travail, tout en cherchant à varier les modalités d'entrée dans la structure et à aménager en amont un cheminement. À défaut de trouver un travail « ordinaire », le malade est incité à retrouver un rapport au travail « normal » par le travail protégé et par l'itinéraire qui y conduit.

Il y a lieu d'inventer de nouveaux modèles d'intégration par le travail et par la « pluri-activité » qui permettent aux malades mentaux de s'inscrire dans un processus de socialisation, de prendre part au « jeu » afin qu'ils puissent dire « je » (Coirier, 1996, 40).

On voit que ce type de structure constitue la forme actuellement la plus stable et sans doute la plus appréciée d'insertion des malades mentaux. L'adaptation de ce système rigide initialement destiné aux handicapés physiques, passe par l'aménagement de parcours et de passerelles tenant compte des aléas de l'évolution de la maladie mentale.

Au fond, il s'agit de proposer un rapport au travail fondé sur la reconnaissance d'un rendement diminué et sur le refus de l'identité de malade, même si la psychiatrie fait reconnaître à la filière « handicapés » les aléas de son parcours. Dans cette perspective, l'aliénation mentale est remplacée par la soumission à un contrôle administratif (accès administratif par la COTOREP et contrôle administratif sur la partie subventionnée du poste de travail), par la fiction d'une norme de travail rentable et par l'effet de sens d'un changement de filière et d'étiquette : l'étiquette de « malade mental » est remplacée par celle de « travailleur handicapé ». Au pire, le travail protégé repose sur la fiction d'un travail productif très marginal : le système reproduit une forme asilaire d'exploitation du travail à l'extérieur de l'asile. Au mieux, il représente une réelle utilité sociale garantie par une activité de production socialement reconnue. Dans ces cas, l'effet de la norme de travail en « entreprise » permet au travailleur handicapé de se reconnaître et, comme le dit Coirier, de pouvoir dire « je ».

Chacune de ces deux approches fait du parcours professionnalisé un objectif intermédiaire avant d'atteindre le statut social de travailleur à part entière. Le mode de rémunération est complexe, relevant partiellement de la solidarité nationale (aides et formation des chômeurs), du droit (droit à un revenu pour la personne handicapée), d'un salaire en

partie subventionné (complément de salaire en travail protégé) ou d'un contrat de travail en général précaire (intérim, contrat à durée déterminé, contrat de retour à l'emploi, etc.).

Conclusion

En conclusion, essayons de résumer les principales caractéristiques des différents systèmes de mise au travail du malade mental dont la plupart existent encore aujourd'hui en France. Les différents aspects du rapport au travail, dans ce qu'il comporte d'aliénation et d'émancipation, sont résumés dans le tableau de la page suivante.

À travers ces éléments d'histoire, nous voyons que l'intérêt économique réel ou fictif du travail des malades mentaux prédomine en France sur son intérêt thérapeutique. Il s'agit donc prioritairement d'aider le malade en lui fournissant un travail productif et non une activité épanouissante. En effet, la dimension économique est toujours présente :

- Par la recherche permanente de son utilité sociale (contribution du travailleur aliéné à la bonne marche de l'asile, contribution du travail protégé à un service marchand ou non marchand réellement utile) ;
- Par le mode de rémunération, si minime soit-elle (décidé en fonction de la valeur d'usage supposée par l'administration de l'asile et par celle du système pour personnes handicapées) ;
- Par la rémunération symbolique d'un « vrai travail » fortement valorisée, même dans l'ergothérapie ;
- Par le rapport au marché du travail, où le malade est encouragé dans les parcours d'insertion à se présenter en concurrent loyal et crédible par rapport aux autres demandeurs d'emploi.

En revanche, la valeur réelle de cette production, les chances d'insertion en milieu « ordinaire », la compétitivité de l'entreprise à laquelle il contribue restent cachées au regard du malade lui-même. Les services rendus par l'aliéné du temps des asiles, le travail fourni en Centre d'Aide par le Travail, la réalité des compétences acquises en parcours d'insertion demeurent voilés par de nombreuses procédures administratives opaques qui les encadrent.

Le « tiers secteur » : entreprises intermédiaires œuvrant directement sur des marchés compétitifs et fonctionnant avec des subventions moins importantes que le travail protégé, constitue, sans doute, une des voies d'avenir permettant de rendre plus immédiat et plus visible le rapport entre l'utilité sociale et l'effort fourni par les malades. Cette

Rapport au travail du malade mental à travers l'histoire

<i>Type de structure</i>	<i>Filière administrative</i>	<i>Rapport au produit du travail</i>	<i>Rapport au salaire</i>	<i>Mode d'asservissement</i>	<i>Rapport à la norme sociale</i>	<i>Sens donné au travail</i>	<i>Bénéfice thérapeutique</i>
Asile	Administration de l'État centralisé	Confisqué au bénéfice de la structure	Fixé arbitrairement par l'administration	Ordre du médecin	Par reproduction de la norme en référence à l'emploi antérieur	Une obligation morale	Prolonge et encadre la pathologie
Atelier d'ergothérapie classique	Administration hospitalière	Valeur d'usage d'un produit artisanal	Pas de salaire ou vente du produit à prix modique	Contrainte mentale par la nature de la tâche en elle-même	Par imitation : l'atelier mime la normalité	Production de quelque chose d'utile	Contrainte de la réalité sociale et acceptation de la norme
Atelier de psychothérapie institutionnelle	Administration hospitalière et réseau fonctionnant en marge du système	Valorisation d'un travail créatif	Pas de salaire ou vente directe	Soumission au regard des thérapeutes	La norme est réinventée	Créativité et bien-être	Redonner un sens aux actions
Atelier de sociothérapie	Administration hospitalière	Preuve de la capacité à travailler à l'extérieur, valeur d'apprentissage	Pas de salaire ou vente directe	Contrainte du groupe	La norme est celle du dehors progressivement approchée dans un mouvement solidaire	Reconnaissance sociale par ses pairs	Adhésion libre à la norme sociale
Travail protégé	Administration de l'état personnes handicapées	Matérialisé par un salaire proportionnel en partie au rendement	Salaire en partie fixé par des droits sociaux et en partie lié à la production	Contractuel avec un employeur exerçant dans un marché protégé	Imitation de la norme sociale d'une entreprise « ordinaire »	Un « travail comme un autre »	Confrontation à la réalité du travail en entreprise
Parcours individualisé d'insertion	Administrations et équipes du secteur social (EPSR, Équipes d'insertion RMI)	Valorisation d'un parcours et des compétences en vue d'une productivité future	Droits sociaux monétaires permettant le financement des actions de soutien et de formation	Le malade est soumis aux aléas d'un parcours incertain et à ses déceptions	Hypernormativité : il faut satisfaire aux exigences du marché d'emploi avant d'y avoir accès	Reconstruction d'une identité personnelle de travailleur	Effet symbolique de la reconnaissance de travail en milieu ordinaire

approche correspondrait davantage au modèle italien promu par Basaglia et mis en œuvre par des coopératives de malades œuvrant dans l'économie sociale. L'approche alternative d'une ergothérapie purement occupationnelle, privilégiée à certains moments par la psychiatrie anglo-saxonne, faisant abstraction de l'enjeu économique pour se concentrer sur le seul rapport entre vie psychique et vie sociale, ne semble pas rencontrer d'écho dans la psychiatrie française.

En attendant que ces approches prennent pied en France, soulignons le paradoxe d'un système fondé sur le rapport à l'économique mais qui n'arrive pas à rendre visible l'utilité sociale du travail du malade. Le produit du travail, son efficacité, le pouvoir d'action qu'il confère sont dérobés par l'administration, par les acteurs de la psychiatrie qui y font appel et par les travailleurs sociaux dont le discours n'a pas toujours de prise sur la réalité économique. En dernière instance, l'aliénation mentale est peut-être remplacée par différentes formes de soumission à une administration sociale encore trop complexe et imprévisible, mais néanmoins plus sensible et plus adaptable à la maladie mentale que ce ne fut le cas aux époques précédentes.

Note

1. Sans la décrocher entièrement d'un but économique, il reconnaît l'intérêt de vendre le produit des travaux ergo-thérapeutiques.

Références

- AMIEL, R., 1985, *Entreprise santé, Manuel de psychopathologie du travail*, Maloine.
- ARENE, P., 1998, Réhabilitation, un espace à conquérir, *Actes des premières Rencontres nationales du Comité français pour la réhabilitation psychosociale*, organisées les 3 et 4 décembre 1998 à Angers.
- ARVEILLER, J. P., 1991, *Au travail*, Paris, Erès.
- ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS, *Règlement officiel du service intérieur du 20 mars 1857*, Paris, Imprimerie Jousset.
- AZEMA, B., BARREYRE, J. Y., CHAPIREAU, F., JAEGER, M., 2001, *Classification Internationale des handicaps, et santé mentale*, Paris, CTNERHI.
- BELORGEY, M., 2000, *Minimas sociaux, revenus d'activité, précarité*, Commissariat général du plan, Documentation Française.
- BOISSON, A. M., 1996, E.P.S.R. La Colombière, *La réinsertion professionnelle des malades mentaux en milieu ordinaire de travail*, Groupe d'études et

de recherche sur le service social en psychiatrie, Actes des journées de juin, ronéo.

Castel, R., 1976, *L'ordre psychiatrique*, Paris, Minuit.

CENTRE DE TRAITEMENT ET DE RÉADAPTATION SOCIALE, *Le Tremplin*, Journal interne, Archives de la S.E.R.H.E.P., Neuilly sur Marne.

COIRIER, J., 1996, Le travail, facteur d'intégration des malades mentaux, ils nous le disent, *Forum*, septembre-octobre 1996, 77, 3-40.

DEBARD, M., 2001, *Itinéraires d'insertion, de la maladie mentale au travail ordinaire*, Lyon, Chronique Sociale.

DICK, D., 1983, Occupation or work : the real issue, in Herbst, K. G., ed., *Rehabilitation the Way Ahead or the End of the Road*, Mental Health Foundation.

DIGBY, A., 1985, *Madness, Morality and Medicine*, Cambridge University Press.

DOCTEUR BAUME, *L'asile de Quimper, 1826-1883*, Rennes, imprimerie des journaux réunis, chapitre trois, Création d'une briqueterie comme instrument de patronage des aliénés indigents du Finistère.

FOUCAULT, M., 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.

GIESBERGER, P., 1993, *Mémoire de Certificat Supérieur d'Université*, Université Paris Val de Marne.

Internationale des handicaps, et santé mentale, 2001, Paris, éd. CTNERHI.

LONGIN, Y., 1991, *Le travail des malades mentaux hospitalisés de la révolution à la libération*, thèse de doctorat d'État, dir. Claude Prevost.

LORD, J. R. Lieutenant colonel, 1923, Address to the society of our Lord, *British Journal of Mental Science*.

MORDELET, P., 1987, *La santé mentale, organisation et gestion*, Paris, Berger Levrault.

PARSONS, T., 1951, *The Social System*, Glencoe, The free press.

PETROVIC, J., 1967, L'aliénation, in Edwards, P., ed., *The Encyclopedia of Philosophy*, Macmillan and free press, New York, 1967.

QUÉTEL, C., MOREL, P., 1979, *Les Fous et leurs médecins de la Renaissance au XX^e siècle*, Paris, Hachette, p. 220.

RAYNER, H., 1923, Mental after care, *British Journal of Mental Science*, July.

- ROSNER, M., 1974, Aliénation, Fétichisme, Anomie, dans *Freudo-marxisme et sociologie de l'aliénation*, Colloque de l'homme et la société, éd. 10/18, Paris.
- STIKER, H. J., et al, 1999, AGEFIPH, site internet, *Maladie mentale et emploi, Points de repères*, 1.
- TOALGOAT, J., 1994, *Jusqu'à plus soif ou le traitement des malades alcooliques au service spécial de l'asile de Ville Evrard*, Mémoire de C.S.U, Université Paris XII, 1994.
- TOSQUELLES, F., 1967, *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*, éd. du Scarabée.
- SIVADON, P., 1983, *Temps de travail, temps de vivre*, éd. Pierre Mardangué.
- ZRIBI, G., 1998, *L'avenir du travail protégé*, Rennes, ENSP.
- ZRIBI, G., BONNET, C., RODRIGUEZ, P., 1999, Lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale, Comment articuler le sanitaire et le médico-social, *Pluriels*, 19.

ABSTRACT

Work of the mentally ill in France. A story of a side-stepped social usefulness

The concept of « mental alienation » in a etymological and philosophical sense means « a subjective process by which an individual becomes stranger to himself ». Alienation covers the feeling of powerlessness (being unable to influence the course of events), the absence of recognition of social norms leading to mental and social isolation, finally, lack of significance (not understanding the world in which we live). Following Engels and Marx, the modern worker, like the mentally ill, is also touched by a kind of alienation, this time objective. Like mental illness, work renders the individual a stranger to himself and leads to multiple forms of enslavement, by the absence of power on his conduct, by the blind obedience to social norms, and by the reification of the alienated product of labour of its human essence leading to the loss of meaning (Rosner, 1967).

RESUMEN

El trabajo de los enfermos mentales en Francia. Historia de una utilidad social hurtada

El concepto de “alienación mental” en el sentido etimológico quiere decir “un proceso subjetivo por el cual un individuo se vuelve extranjero

de sí mismo”. El alienación implica un sentimiento de impotencia (de no poder influenciar el curso de eventos), la ausencia de reconocimiento de normas sociales, llegando hasta un aislamiento mental y social, y en suma la falta de sentido (el no entender el mundo en el cual vive). Siguiendo a Engels y Marx, el trabajador moderno, como el enfermo mental, padece también de una forma de alineación, esta vez objetiva. Como el enfermo mental, el trabajo hace del hombre un extranjero de sí mismo y conduce a formas múltiples de *esclavitud*, por la ausencia del poder sobre su conducta, por la obediencia ciega a *normas sociales* y por la reificación en el producto alienado del trabajo de su esencia humana conduciendo a la *perdida de sentido* (Rosner, 1967)

RESUMO

Trabalho dos doentes mentais na França. História de uma utilidade social oculta

O conceito de “alienação mental” no sentido etimológico e filosófico quer dizer “um processo subjetivo através do qual um indivíduo se torna estranho a si mesmo”. A alienação compreende o sentimento de impotência (não poder influenciar o curso dos acontecimentos), a falta de reconhecimento de normas sociais que levam a um isolamento mental e social, enfim, a falta de sentido (não entender o mundo no qual se vive). Segundo Engels e Marx, o trabalhador moderno, como o doente mental, também é atingido por uma forma de alienação, neste caso, objetiva. Como a doença mental, o trabalho faz do homem um estranho a si mesmo e o conduz a várias formas de *escravidão*, pela *falta de poder* sobre sua conduta, pela obediência cega às *normas sociais*, e pela coisificação no produto do trabalho, alienado de sua essência humana que levam à *perda de sentido* (Rosner, 1967).