

## Entre insertion et autonomie : maladie mentale et stratégies institutionnelles

Hugues d'Heilly et Jean-Philippe Sorriaux

Volume 27, numéro 1, printemps 2002

Rétablissement (1) et Travail (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014550ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014550ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

d'Heilly, H. & Sorriaux, J.-P. (2002). Entre insertion et autonomie : maladie mentale et stratégies institutionnelles. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 268–285. <https://doi.org/10.7202/014550ar>

Résumé de l'article

Les auteurs présentent le Centre d'insertion sociale et professionnelle (CISP) Jean Caurant dans le contexte français de la suppression des lits d'hôpitaux. Après un bref survol historique, ils y décrivent la clientèle accueillie ainsi que l'esprit global de cet accueil.



## Entre insertion et autonomie : maladie mentale et stratégies institutionnelles

---

Hugues d'Heilly\*

Jean-Philippe Sorriaux\*\*

Les auteurs présentent le Centre d'insertion sociale et professionnelle (CISP) Jean Caurant dans le contexte français de la suppression des lits d'hôpitaux. Après un bref survol historique, ils y décrivent la clientèle accueillie ainsi que l'esprit global de cet accueil.

Il y a déjà 17 ans, une équipe de travailleurs sociaux ouvraient en région parisienne le Centre d'insertion sociale et professionnelle (CISP) Jean Caurant. Il s'agissait de l'époque où le « trou de la sécurité sociale » semblait être aussi chronique qu'inéluctable et où les soignants en psychiatrie régnaient encore en France sur d'innombrables lits d'hôpitaux. Les hospitalisations duraient sensiblement plus longtemps qu'aujourd'hui et l'économie de santé n'avait pas encore modifié la structure même des soins en santé mentale. Les psychiatres étaient peu nombreux du reste à accorder au social la place complémentaire des thérapeutiques classiques, essentiellement encore médicamenteuses. Il fallait encore que l'intérêt porté au social devienne de la sociothérapie, terme rendu plus acceptable par le monde psychiatrique puisque marqué du sceau sacré du soin.

Dans ce contexte, le CISP Jean Caurant, situé à Bagneux dans les Hauts de Seine, a été créé en 1984 sur l'initiative de l'Union des amis et familles des malades mentaux (UNAFAM) par une association gestionnaire locale. L'association Espérance Hauts de Seine faisait un peu figure de pionnier. Le CISP ne cherchait qu'à proposer à des personnes psychotiques « stabilisées » un accompagnement vers une insertion sociale et professionnelle en milieu « ordinaire » de travail et de vie. Cependant, ce qui est nouveau attire souvent la méfiance ou la critique et nous avons à l'époque beaucoup de mal à convaincre nos partenaires, qu'ils fussent familles ou psychiatres, les pouvoirs publics se montrant finalement beaucoup plus encourageants de notre action.

---

\* Psychiatre du Centre d'insertion sociale et professionnelle Jean Caurant.

\*\* Directeur du Centre d'insertion sociale et professionnelle Jean Caurant.

L'accompagnement des candidats à l'insertion comporte une phase d'admission et de définition du projet personnel, une phase d'adaptation aux objectifs professionnels et sociaux avec développement des capacités d'insertion et enfin une phase de réalisation et de concrétisation du projet.

Le Centre s'adresse à une population d'hommes et de femmes d'environ 20 à 45 ans ayant eu des troubles psychiques graves, essentiellement psychotiques. Ces difficultés ont entraîné pour la plupart des hospitalisations en secteur psychiatrique qui peuvent varier de plusieurs mois à quelques années.

La raréfaction des lits d'hôpitaux résultant des progrès obtenus en matière de soins psychiatriques, la réorganisation du plan de santé mentale mais aussi les contingences économiques ont rajeuni la population candidate à un parcours d'insertion. Toutefois, en intervenant plus précocement dans le cours évolutif de la maladie mentale, ce public présente aujourd'hui un niveau de fluctuation plus important, soit que les phases aiguës soient encore latentes ou que l'adhésion aux traitements reste précaire.

Chacun rencontre des obstacles à l'accès à la vie sociale et professionnelle, connaît dans son cursus de longues interruptions de travail, une perte de la capacité d'apprentissage ou des acquisitions fondamentales et se trouve souvent dans une situation de grande dépendance matérielle et relationnelle. Leur présentation de repli sur elles-mêmes, leur univers égocentrique attestent de leur coupure d'avec de nombreux niveaux de la réalité.

Malgré leur niveau d'intelligence normale ou même supérieur à la normale, leur efficacité reste fréquemment réduite par l'importance de l'énergie que les personnes continuent de consacrer à endiguer et à contenir les préoccupations pathologiques séquellaires qui les envahissent encore souvent. L'hospitalisme, la déresponsabilisation, la réduction ou l'arrêt des stimulations de l'exercice et de l'entraînement quotidien des capacités sociales et professionnelles, tant intellectuelles que manuelles sont des facteurs supplémentaires de réduction d'efficacité. L'impact de ces facteurs est plutôt moins important depuis que les hospitalisations plus brèves évitent d'entretenir la chronicisation de cette coupure socio-professionnelle et aussi, depuis que bon nombre de soignants veillent davantage au maintien des liens socioprofessionnels dans la mesure du possible. Les effets secondaires des traitements médicaux sont trop souvent désignés comme cause principale des réductions d'efficacité. C'est une manière économique psychiquement, de projeter sur un mauvais objet extérieur une difficulté dont l'incidence, surtout avec les molécu-

les les plus récentes, reste très inférieure aux méfaits de la maladie elle-même.

Le Centre comporte une structure professionnelle de statut d'un Centre d'aide par le travail et une structure d'hébergement. Les personnes accueillies disposent d'une reconnaissance de la Commission technique de reclassement professionnel et bénéficient du statut de travailleur handicapé; elles reçoivent un salaire qui s'ajoute à un certain nombre d'aides allocatives et versent une contribution à leurs frais d'hébergement proportionnelle à leurs ressources. Ces dispositions, communes à bien d'autres établissements représentent déjà des outils d'insertion.

Ce statut particulier propose des garanties et des avantages, mais peut aussi définir une position sociale à part qui représente un risque de marginalisation, une forme «ouverte» d'enfermement au sein de laquelle la personne risque d'être réduite à son handicap. Par exemple, «l'allocation adulte handicapé» pourra aussi bien être utilisée par certains comme moyen matériel d'insertion que par d'autres pour justifier un isolement social total.

En plus de ces deux structures, un Service de suite et d'accompagnement vient compléter cet équipement et s'adresse aux personnes qui, ayant réalisé leur insertion dans un logement personnel, souhaitent maintenir et augmenter leur autonomie.

Le Centre est non médicalisé, les personnes poursuivant leurs soins auprès de leur thérapeute habituel. Cette situation a pour avantage de lever toute ambiguïté entre le thérapeutique et la rencontre authentique et banale avec les réalités ordinaires et pose d'entrée de jeu la situation telle qu'elle sera dans un avenir proche pour les personnes accueillies: une vie sociale organisée dans un faisceau d'investissements sectoriels plus ou moins interactifs.

Nous présentons ici les différents repères qui fondent notre réflexion et animent notre action. Si l'ensemble du dispositif institutionnel est conçu pour permettre effectivement aux personnes reçues d'obtenir et de conserver un emploi, de vivre de façon indépendante dans un logement personnel, il ne nous apparaît impossible de concevoir cet objectif en dehors d'une fonction de restauration (ou d'instauration) de la place du sujet à part entière.

La notion de qualité de vie est un thème souvent abordé dans les établissements de toutes natures et se résume trop facilement à un simple confort de vie. Mais est-il suffisant d'avoir une vie de qualité pour éprouver le sentiment d'exister au sens où Sartre le résumait: «l'art de prou-

ver mon existence». Suffit-il de vivre bien pour exister, c'est-à-dire de savoir y être pour quelque chose dans l'accomplissement de son destin.

C'est une autre façon de concevoir la qualité de la vie que de penser aux conditions de constitution et d'expression du sujet, et c'est une autre façon d'appréhender le sujet que de l'aider à promouvoir sa conscience de soi, le sens de sa vie. Promouvoir l'autre dans sa place de sujet, rechercher les moyens permettant cette appropriation subjective, oeuvrer pour donner envie d'exercer des responsabilités, de faire des choix, d'oser les exprimer, donner le goût de s'ouvrir aux autres pour s'enrichir de leurs différences, voilà ce que la vie en société, de la famille à l'école, de l'entreprise au voisinage, devrait avoir comme objectifs fondamentaux. C'est dans cette démarche que nous cherchons à nous inscrire.

### **Les préjugés. Les représentations sociales de la maladie mentale stigmatisent encore aujourd'hui l'image du malade**

L'image que renvoie la méconnaissance des personnes malades mentales est souvent négative. Elle réduit souvent la personne handicapée à son handicap et l'y enferme. Aux yeux de la société, les clichés de la folie suscitent la peur, la fascination ou la commisération. Même aux yeux des professionnels du secteur médico-social, la représentation du handicap psychique renvoie fréquemment à un tableau de déficits : le malade mental ne pourrait travailler qu'à mi-temps car il serait plus fatigable, ses comportements seraient imprévisibles, il s'absenterait souvent du travail : ainsi on ne pourrait pas sérieusement lui confier des responsabilités. Peut-être est-ce pour cela que la maladie mentale est si souvent dans les termes, confondue avec le handicap mental.

La personne elle-même énumère volontiers tout en les déplorant, l'éventail des incapacités qu'elle subit et qui lui a permis jusque-là ou qui lui permet encore de se faire prendre en charge, ces bénéfices secondaires de la maladie entretenant toujours un repli social qui invite ou ordonne à l'autre de se substituer à elle, ce qui ne tardera pas à lui être reproché.

Pourtant, ce que nous voyons tous les jours ne ressemble pas à cette désignation péjorative : sans faire du travail une vertu particulière nous ne proposons au Centre d'aide par le travail que des postes à temps plein. D'une part parce que réaliser une insertion sociale demande des revenus aussi complets que possible pour faire face à ses charges mais aussi parce que cela nécessite être capable de gérer soi-même le temps vacant ce qui est loin d'être évident quand l'absence de désir et l'envahissement par des préoccupations psychiques font encore obstacles à

l'organisation d'une dynamique personnelle ou d'une inscription sociale interactive. Cela est d'ailleurs rarement facile pour des personnes isolées même indemnes de maladie mentale.

Nous sommes toujours un peu surpris lorsqu'une personne confrontée à ses difficultés et à ses efforts consulte un médecin et revient avec un arrêt de travail comme si la vacance du temps avait elle-même, ipso facto une fonction thérapeutique.

Mais nous sommes aussi agréablement surpris lorsque des personnes qui n'imaginaient même pas tenir deux ou trois jours en situation de travail se montrent parfaitement assidues et ponctuelles. Cette expérience est souvent une des premières pierres à un regain de confiance en soi et un début de «renarcissisation» qui rouvre un avenir, un espoir réaliste d'exister à nouveau dans une place valorisée et reconnue par d'autres.

La prise de médicaments neuroleptiques est souvent ressentie comme un obstacle ou un frein légitime à l'expression des capacités et des performances des personnes. Récemment, des invités étaient venus déjeuner au Centre avant une réunion de travail. Le repas était bon et chaleureusement servi; nos clients et les autres convives venaient de quitter la salle de restaurant. L'un de nos invités souhaitait remercier le personnel et voulait savoir dans quel endroit les personnes accueillies au Centre déjeunaient. Alors nous présentâmes cuisiniers et serveurs, nos travailleurs handicapés du moment qui avaient confectionné les quatre-vingts repas du service, car le chef était souffrant ce jour là, en nous excusant que les convives soient partis si vite, appelés par leur ponctualité pour prendre leur travail aux ateliers.

Ainsi, une fois de plus se vérifiait qu'il n'est pas facile de distinguer de prime abord qui prend ou ne prend pas un traitement neuroleptique dans une population où les gens vivent ensemble. En parallèle, se confirme en permanence qu'en dehors des phases de production de symptômes qui attirent l'attention, ces personnes ne se différencient par aucun «stigmate» apparent de l'ensemble d'une population ordinaire.

Pourtant il est courant, surtout en début de parcours, que la prise de médicaments soit évoquée comme frein aux activités professionnelles, sociales, relationnelles, sexuelles.

Souvent curieusement, cette question s'estompe au profit de l'intérêt que la personne va porter à son engagement dans son projet d'insertion et aux nouveaux bénéfices qu'elle en reçoit dans une sorte de reconstruction narcissique, un narcissisme ouvert à l'autre.

Au terme de quelque mois, la prise du traitement n'empêche plus le goût de l'effort, des sorties, de la prise en charge de ses affaires per-

sonnelles. Alors que nous pensions que les nouvelles molécules récemment sorties sur le marché pharmaceutique avaient amélioré le confort des patients, nous avons constaté qu'une majorité de personnes accueillies continuaient de prendre des traitements tout à fait classiques et anciens.

**Institution, toute puissance, sujet. L'institution d'insertion : un moyen d'accès à la réalité, pas une prise en charge**

Il semble véritablement important de questionner d'emblée la demande des personnes qui souhaitent s'adresser à la fois à la structure professionnelle et à la structure d'hébergement. Qu'attendent-elles ? Comment comptent-elles exercer leur autonomie si elles espèrent être prises en charge ou si elles réduisent dès le départ, au nom de la facilité le nombre de leurs interlocuteurs ou leurs circuits de rencontres sociales ?

C'est pourquoi, un des premiers principes animant un établissement d'insertion réside dans le fait qu'une institution ne peut et ne doit pas répondre à tout. Cette remarque qui semble au premier abord évidente se complique dans l'habitude de nos pratiques. Introduire le manque comme élément constitutif d'un projet institutionnel vient réveiller parfois brutalement la toute puissance candide de notre rôle de travailleur social. Nous pensons pourtant que c'est à cet endroit que se joue quelque chose de primordial de ce qui peut être créatif dans une relation d'aide, puisque cette question redéfinit complètement la relation aidant/aidé.

C'est autour de ce manque que l'institution va chercher à s'organiser, non plus en vase clos et autarcique mais en réseau dont les interlocuteurs, plus que les prolongements tentaculaires de l'institution, deviennent les partenaires véritables du tissu social ordinaire et non les clones externalisés de l'institution. Du côté de la personne en démarche d'insertion, cette position ouvre d'entrée de jeu la nécessité de composer avec un ailleurs et d'autres partenaires qui augmenteront leur espace interactif.

Le Centre a choisi de mettre à la disposition des personnes qui s'adressent à lui un ensemble d'outils, de moyens et de repères permettant à chacun de les utiliser au mieux comme éléments de réalisation de son objectif pour se rapprocher le plus possible des conditions d'indépendance et d'autonomie qui seront probablement les siennes à l'issue de son séjour. En ce sens il ne s'agit pas d'insérer quelqu'un, ni de le placer, avec tout ce que cela comporte d'artificiel et de forcé, mais de rendre inséparable projet d'insertion et parcours d'individuation de la personne.

### **Insertion et individuation. S'insérer : la forme pronominale**

Le Centre propose en effet de considérer la demande d'insertion comme une démarche d'individuation. En effet, qu'est-ce que s'insérer ? Le dictionnaire nous répond : « un individu ou un groupe cherche à s'assimiler ou à s'incorporer à un milieu social différent ». Cela ne se réduirait donc pas à trouver un emploi. Trouver un équilibre de vie, une autonomie ne s'obtient pas seulement en exerçant une activité rémunérée. C'est au fond une appropriation originale des attentes extérieures par le processus d'intériorisation qu'une institution d'insertion doit s'efforcer de favoriser. L'insertion ne peut aboutir à sa pleine expression que si elle permet en même temps une démarche d'individuation, qui, en dernière analyse est la principale réponse à un manque fondamental du sujet.

Comment pourrait-on imaginer une forme transitive de l'insertion qui consisterait à insérer quelqu'un, c'est-à-dire de placer quelqu'un plutôt que de lui permettre de gagner son indépendance en s'insérant lui-même ? Quand, au lieu d'aider quelqu'un à devenir autonome, une personne se réapproprie le projet de l'autre, l'énergie de l'investissement initial va être détournée et captée dans un jeu relationnel sans fin. L'enjeu sera alors de maîtriser la dépendance, de s'opposer au désir de l'autre pour chercher de façon désespérée et paradoxale à se définir encore comme sujet, même au prix de l'abandon de son désir initial d'insertion.

Dans cette optique l'insertion ne représente qu'un moyen d'acquisition de l'autonomie, c'est-à-dire à la capacité maximale qu'a un individu de gérer les situations et les problèmes que la vie l'amène à rencontrer.

Cette démarche du sujet est toujours initiée par un engagement personnel du candidat dès la première demande, même lorsqu'elle est soutenue par un membre de la famille ou une équipe de soin. Lors du processus d'admission, les personnes confirment à chaque étape leur volonté de poursuivre leur inscription dans ce projet. Elles argumentent et précisent avec leurs moyens, ce qui, d'une envie ou d'un désir au contour encore flou, devient petit à petit un projet dont l'élaboration en commun va pouvoir prendre la forme d'un programme d'insertion dont le contenu et les moyens d'y parvenir représenteront un engagement commun.

C'est seulement en parlant en son nom, même si parfois il reprend à son compte les incitations issues de sa famille ou de ses soignants, que le sujet est capable de construire et de s'inventer de nouvelles liaisons plus souples avec les différents aspects de la réalité sociale et professionnelle lui permettant de trouver la place qu'il souhaite prendre dans la société.

### **Le temps de l'insertion. Le temps : un élément de structuration vitale**

Au Centre Jean Caurant, le séjour est limité à environ deux à trois ans. Cette durée est scandée par un certain nombre de séquences qui définissent autant d'étapes distinctes de l'avancée du projet : la période d'essai, les stages, les évaluations, les contrats de mise à disposition, l'entrée en recherche d'emploi, etc. Limiter un parcours d'insertion dans le temps, représente pour une personne ayant connu une histoire psychotique un élément de structuration vitale.

En effet, énoncer un objectif défini dans le temps pour réaliser un projet d'insertion implique que la personne comme l'institution soient amenées à considérer le temps des autres, à considérer l'évolution dans le temps. D'emblée, accepter un repérage commun, définir une limite dans le temps évite au sujet de maintenir son projet au niveau d'un mythe en le proposant à l'épreuve de la réalité. De plus, introduire une limite dans le temps introduit une fonction anticipatrice qui va permettre d'accepter des efforts ou des frustrations parce qu'on peut se représenter les satisfactions qui pourront en être obtenues bientôt. Cette projection dans un futur clairement défini suppose une dose suffisante de confiance en soi et en l'avenir même lorsque l'on est confronté aux véritables obstacles que la réalisation concrète amène. En même temps, cette confrontation authentique éloigne les représentations exagérées ou faussement dramatisées inhérentes à la structuration psychotique ou consécutives aux échecs et à la désinsertion provoquées par la maladie à certains moments de son évolution.

Le temps se présente alors comme un vecteur qui permet de continuer à vivre en acceptant aujourd'hui la frustration, c'est-à-dire le deuil actuel de la toute puissance.

Alors qu'à l'inverse en déniait le temps, comme c'est souvent le cas avec les organisations psychotiques, tout reste éternellement, indéfiniment possible, sans aucune frustration certes, mais à condition de ne rien risquer, rien choisir, finalement, rien vivre aujourd'hui.

Rester dans l'attente solitaire, imaginaire et indéfinie d'une réalisation parfaite, idéale, totale, auto-narcissique évite de prendre le risque de rencontrer les limites frustrantes d'une mise en œuvre imparfaite mais effective et en lien avec le corpus social.

**Quelques dispositions techniques. L'institution d'insertion est un dispositif qui cherche à accompagner le sujet de son désir à un projet, d'un projet à un programme.**

Concrètement, le CISP se dote de plusieurs outils d'insertion. Au niveau professionnel, les ateliers, au nombre de quatre, proposent une adaptation progressive au contexte du travail. Les activités sont variées : création et entretien d'espaces verts, restauration, façonnage et bureautique-secrétariat.

Ces domaines professionnels ne recouvrent que quelques emplois parmi les nombreux secteurs professionnels. Pour autant, chacun d'eux peut s'étendre à des métiers variés : les espaces verts par exemple, pourront conduire vers des métiers de voirie, de vente en produits agricoles, d'entretien mécanique de machines agricoles, de gardiennage de cité, de production végétale, de fleuriste, etc. Les travaux proposés essaient d'offrir une gamme étendue de complexité. Il s'agit en effet de pouvoir s'adresser simultanément à des personnes dont le ré-entraînement au travail connaît des stades d'efficacité divers ou dont les niveaux de capacités intellectuelle, techniques ou professionnelles sont différentes. En outre, ces travaux seront prospectés de telle manière qu'ils correspondent le mieux aux travaux effectués en entreprise.

Le premier intérêt des ateliers est de proposer une rencontre avec l'authenticité du monde du travail : le CISP est aidé dans ce sens par la structure économique et administrative des Centres d'aide par le travail. Si les subventions de l'état permettent de financer les charges de personnel d'encadrement et le complément de rémunération des travailleurs reconnus handicapés, les locaux et quelques dépenses de fonctionnement, le fonctionnement des ateliers est à la charge de ces derniers : dépenses courantes, investissements, rémunération des personnels. L'entreprise de travail protégé fonctionne aussi comme une entreprise avec des objectifs financiers qui assure la pérennité de l'équipement. Le travail est une activité ni occupationnelle ni thérapeutique mais bien une inscription dans un réel processus économique.

Parmi les étapes qui organisent le parcours d'insertion professionnelle, deux outils méritent d'être présentés : les stages et les contrats de mise à disposition. Les stages en entreprise peuvent être effectués à presque tous les moments du parcours ; ils ont pour objectif de vérifier l'intérêt et la sauvegarde d'aptitude à l'exercice d'un emploi occupé avant l'expression de la maladie ou de découvrir par une mise en situation un métier vers lequel pourrait se diriger la personne. Ils font l'objet d'une préparation, d'objectifs portés à la connaissance de l'entreprise accueillante, et d'échanges entre cette dernière, le stagiaire et le CISP.

De retour au centre, le travail sur la définition du projet professionnel peut se poursuivre d'autant que les manques rencontrés pendant le stage seront redevenus de nouveaux objectifs du parcours.

Les contrats de mise à disposition (CMD) présentent des atouts complémentaires : véritables missions intérimaires, ils ont l'avantage de concerner de nombreuses entreprises qui souhaitent un personnel pour des missions précises et pour un temps variant de quelques heures à plusieurs mois. Ces missions qui sont proposées souvent quelques heures avant leur démarrage offrent des travaux variés demandant des niveaux de compétence très divers, à condition de battre le marché par une projection permanente.

L'intérêt de ces différentes expérimentations en entreprise repose sur l'amélioration de l'adaptation à un poste de travail qui n'est jamais le même d'une équipe à l'autre. Mais le meilleur bénéfice réside sûrement dans la banalisation du travail et donc de ses enjeux. Car la dramatisation, l'angoisse qui assaille parfois la personne malade mentale lorsqu'elle passe aux actes a pour effet d'éviter la confrontation aux frustrations de la réalité. Composer avec les autres, c'est inévitablement faire une entaille dans le fantasme de la toute-puissance.

Au plan social, des séquences d'entraînement à la vie indépendante en logement personnel sont organisées sur un mode identique : un studio en ville (dit studio d'essai) permet à chaque résident de faire son expérience ou de redécouvrir l'organisation de la vie en logement personnel : entretenir son appartement, s'organiser pour les inévitables tâches ménagères, donner un contenu au temps vacant et déjouer la solitude par des temps de loisirs au cours desquels se nouent des contacts, savoir s'occuper de son budget et de ses documents administratifs, voilà ce que mettent en scène les stages au studio d'essai.

Ces expérimentations ont en soi de l'intérêt pour la réassurance qu'elles apportent aux personnes en situation d'insertion. L'évaluation avec le sujet des actions qu'il engage s'intéresse au lien entre les objectifs souhaités et les réalisations perçues ou vécues. Il s'agit d'un moment de restitution, de témoignage, mais aussi d'avènement du sujet. Car, l'évaluation d'une action implique que le sujet qui l'a menée à bien soit reconnu comme tel.

### **Insertion et aménagements de la réalité**

Le CISP propose une relation d'accompagnement au changement : changement de statut, changement dans le regard des autres, changement dans la détermination subjective de son engagement. Faut-il pour

autant, proposer des transitions comme cela est souvent conseillé pour franchir en douceur le passage du statut de handicapé psychique rarement reconnu dans ses choix au statut de citoyen à part entière ? Faut-il aménager la réalité de la personne pour qu'elle lui apparaisse plus accessible ?

Tout aménagement transmet un message de déconsidération et désigne l'autre dans son incapacité en brouillant les cartes de la perception de la réalité. Si la réalité est le premier outil du travail d'insertion, et donc une référence fondamentale dans l'accès à la symbolisation, un médiateur et un tiers commun, celle-ci ne saurait être altérée par des aménagements qui risqueraient bien de n'aboutir qu'à une pseudo-insertion ou à de vrais « placements » en milieu ordinaire de travail et de vie.

**Avatars dans le parcours d'insertion. L'accompagnement d'une personne malade mentale dans un parcours d'insertion doit intégrer les résistances originales et inéluctables au projet comme les problèmes de compliance au traitement**

Parmi les nombreux avatars qui viennent faire obstacle à la prise d'autonomie des personnes malades mentales et donc à leur insertion, l'un des plus décourageant pour les équipes ou les proches réside dans les problèmes de compliance au traitement. Combien de fois sommes-nous impuissants à déplorer le dommage causé par l'arrêt d'un traitement chez une personne qui dispose de tous les moyens pour réaliser plutôt facilement une insertion réussie : intelligence, savoir-faire professionnel, cursus antérieur, expériences en entreprise réussies au cours de la phase d'insertion.

Les raisons qui poussent une personne à refuser un traitement qui lui maintient une place réelle dans la société nous sont d'autant plus insupportables que difficilement compréhensibles dans le contexte du soutien à l'insertion et de l'accompagnement quotidien à l'apprentissage de l'autonomie.

Pourtant chez les personnes parvenues à accepter ou mieux encore à contribuer à un protocole de soin et à développer une démarche sereine d'insertion, les chances d'une reconquête d'intégration sociale sont évidemment favorables.

Ces conditions sont souvent difficiles à réunir mais pas impossibles à condition de permettre activement à la personne de faire son expérience de l'arrêt d'un traitement devenu persécutif. Les risques que cette interruption peut générer, la difficulté de l'effet de cette déstabilisation

dans la gestion institutionnelle conduisent souvent à un vécu négatif de l'ensemble de l'équipe d'autant qu'elle n'est pas préparée professionnellement ni positionnée dans un contexte soignant.

Aussi, l'accompagnement de l'équipe par un médecin psychiatre « non soignant » et participant à presque tous les moments de la vie institutionnelle est particulièrement appréciable. D'abord, du fait du regard clinique qui permet tantôt de relativiser des comportements et de dédramatiser des situations complexes, tantôt au contraire d'alerter, d'attirer l'attention, de questionner sur des situations critiques exprimées à bas bruits ou prises dans des enjeux complexes ? Dans cet esprit, il s'agit de prévenir, de proposer à la personne des éléments d'anticipation et de donner du cadre à un accompagnement à l'expérience de l'arrêt du traitement et surtout à la reprise du cours du projet après la reprise d'un protocole de soin qui cherchera à tirer expérience de la situation.

Parfois, la personne malade mentale va obtenir un relais pour porter sa non-compliance : c'est le cas du médecin traitant ou de l'équipe de soins qui, par usure d'une alliance thérapeutique mise à mal par des années d'accompagnement médical promet l'arrêt du traitement à l'entrée dans le processus d'insertion.

C'est aussi le cas, pas si rare, de la famille qui dans sa pratique expérimentée du double lien, réussit à maintenir auprès de son proche l'idée de l'obligation de se soigner tout en disqualifiant à ses yeux médecin et traitement.

Au-delà des problèmes de compliance au traitement, d'autres avatars signent la marque de l'originalité des résistances à l'engagement dans une vie sociale : le conflit avec l'institution qui prend soudain des allures de crise d'adolescence, un choix amoureux et passionné qui vient si légitimement remettre en cause le cours du projet, la révélation impérieuse d'une nouvelle orientation professionnelle, le besoin d'entrée dans une formation, qui reportera une fois de plus la rencontre de la réalité.

Globalement, un projet d'insertion tant sociale que professionnelle n'est que la partie émergente, explicite d'un projet de vie, toujours présent implicitement mais beaucoup plus rarement formulé à un tiers. En effet, une part importante de tout projet de vie échappe à la conscience même de la personne concernée : savant équilibre des pulsions et de leur devenir, élaboration complexe du narcissisme et de ses défenses.

Une autre part du projet de vie est considérée par la personne elle-même comme privée ; elle correspond à sa façon individuelle de se donner à éprouver son propre sentiment d'exister. Point n'est besoin d'en

faire-part à autrui et souvent, en dehors des situations psychothérapeutiques, point n'est besoin d'en échafauder une élaboration très structurée à l'exception de quelques éléments saillants qui vont passer de la perception ou du ressenti à la conceptualisation et à la verbalisation. Et par essence, ce sont les projets d'insertion, ceux qui impliquent obligatoirement une interaction avec les autres qui nécessitent une conceptualisation pour pouvoir les présenter, les discuter et finalement définir un accord ou un contrat avec les partenaires concernés par leurs réalisations.

Ainsi, la demande explicite présentée au CISP lors de la démarche d'admission contient d'emblée des enjeux qui la dépassent. À travers chaque réalisation, à travers chaque petit moment de la vie quotidienne la plus banale, pris en charge de façon personnelle en exerçant ses choix et ses responsabilités, quelque chose se ré-articule avec la réalité communément partagée et brique après brique, aussi petites soient-elles, se construit et se réalise un projet de vie. Les organisations les plus couramment rencontrées dans la structuration psychotique : coupure du sujet d'avec la réalité des autres, difficulté de la différenciation entre soi et l'autre, fonctionnement en tout ou rien sans négociation possible, trouvent dans tout processus d'insertion véritable un contenant et des repères.

S'insérer, c'est partager et participer à la réalité là où il y avait déréalisation ou délire. S'insérer au quotidien, c'est mettre du lien entre ses pensées et ses actes, entre soi et les autres, là où il y avait déni, clivage, morcellement et autisme.

S'insérer, c'est être reconnu et intégré par les autres comme individu apportant sa contribution efficace au corpus social là où seule « l'autonarcissisation » même déréelle pouvait soutenir le sujet.

S'insérer, c'est oser éprouver son existence dans des interactions avec les autres là où l'autre n'était perçu que comme persécuteur ou vécu comme objet anaclitique. Puisse le CISP, avec la banalité de ses outils d'insertion, et, au moment clé du début de la démarche d'insertion apporter sa contribution et accompagner la dynamique qui s'engage et ses effets implicites sur le projet de vie et sur la qualité du sentiment d'existence des personnes qui s'investissent dans cette aventure.

**Quelques résultats en guise de conclusion. Malgré la difficulté à faire rentrer dans une statistique quantitative l'évaluation d'une qualité de vie et une progression personnelle, le Centre fait le point sur le sort des personnes qui s'adressent à lui.**

L'expérience acquise au fil des années par le CISP est difficilement réductible à des statistiques. Des parcours et des accompagnements aussi individualisés se dispersent beaucoup par rapport à ce que serait la région centrale considérée comme représentative d'une courbe de Gauss.

De plus, l'analyse d'une étude chiffrée nécessite que les conditions de l'expérience se maintiennent comparables à elles-mêmes dans la durée, ce qui par essence n'est évidemment pas le cas. En effet, bien que fidèle et constant à l'axe de son projet, le CISP a sans cesse réintégré l'expérience constituée, ce qui en permanence fait évoluer au fur et à mesure les modalités de mise en œuvre. En parallèle, la profonde évolution de l'ensemble des prises en charge thérapeutiques ou psychiatriques (que nous avons déjà évoquées très brièvement) implique que la population qui s'adresse au CISP a elle-même beaucoup changé : plus jeune, avec des prises en charge plus précoces, moins chronicisée, mais avec plus de fluctuations.

Un facteur supplémentaire de complexité d'analyse statistique réside dans le fait qu'à un instant T notre effectif est constitué d'une population hétérogène au regard de l'étape de son parcours d'insertion : certains sont en phase d'admission ou en période d'essai et leur préoccupation est de choisir et de se décider à s'engager ou non dans cette aventure. Choix de poursuivre ou d'abandonner, angoisse et fuite dès le début de cette confrontation à la réalité ou confirmation et validation de leur engagement dans ce projet.

D'autres, déjà affermis dans un projet, sont dans la phase d'adaptation aux objectifs professionnels et sociaux et leur attention se porte à développer leurs capacités d'insertion. Comparativement aux autres, cette étape génère moins d'inquiétudes et suscite moins d'événements réactionnels. Enfin, les autres sont dans la phase de la réalisation concrète de leur projet d'insertion. C'est pour eux à nouveau l'occasion d'interroger leur projet initial parce que leur parcours l'a fait évoluer du statut d'idée narcissisante au statut de réalité à portée de main mais chargée de toutes les frustrations et de toutes les négociations qu'elle impose.

Comment rendre compte globalement d'étapes dont les enjeux sont si différents ? Comment valider une progression tout autant qu'un

résultat ? En tenant compte de ces préalables sur la complexité de la constitution et de l'analyse de données chiffrées, risquons-nous à donner quelques chiffres.

Environ 300 à 350 personnes ont effectué un séjour au Centre depuis 1984. Au foyer (structure d'insertion sociale), depuis ces dernières années, environ 80 % des résidants accèdent à un logement personnel. S'insérer ou se réinsérer dans et par un logement personnel nécessite une réadaptation à des critères de vie sociale et domestique avec ce que cela comporte d'aspects normatifs.

Cependant, il reste une très grande latitude de niveau de réalisation dans ces domaines par ailleurs reconnus comme faisant partie de la vie privée. Chacun peut moduler de façon personnelle sa manière et son organisation pour se nourrir, pour s'occuper de son logement, pour s'habiller, pour communiquer avec les autres, etc.

La fourchette normative est plus large que pour le professionnel. De la fantaisie, de l'originalité peuvent jusqu'à un certain point rester compatibles avec une acceptation sociale. La majorité de ceux qui s'installent dans un appartement personnel demandent le soutien de notre Service de suite et d'accompagnement. Ainsi, nous constatons la pérennisation (sur une dizaine d'années environ) de ces situations à l'exception d'une personne dont le logement était devenu insalubre sous l'effet conjugué d'un arrêt thérapeutique, d'un dysfonctionnement des relations avec son curateur et d'envahissement par un collègue.

Au CAT, pour 40 places nous avons accueilli au cours de l'année 2001, 54 personnes. Considérant qu'une fois l'étape d'admission franchie, le temps de parcours moyen au CISP est effectivement proche de 3 ans, chaque année un tiers de l'effectif est concerné par la réalisation de son insertion soit environ 14 personnes (40/3).

En 2001, 7 personnes ont été embauchées dans un emploi en milieu ordinaire :

- a) soit de façon totalement ordinaire sans se prévaloir du statut que confère la reconnaissance de travailleur handicapé et donc quittant ce statut lié à la maladie et à ses effets et retrouvant par la même occasion le statut tout à fait ordinaire de simple citoyen.
- b) soit en utilisant le statut de travailleur handicapé pour que l'employeur puisse bénéficier des avantages prévus par la loi lors d'embauches de personnes préalablement reconnues handicapées et dans certaines administrations pour avoir accès aux places parfois parcimonieusement réservées aux travailleurs handicapés

Une personne a été embauchée en Atelier Protégé où le contrat de travail et la situation salariale sont strictement référés au Code du Travail ce qui donne accès à un statut de salarié de plein droit avec le SMIG comme minimum garanti. Certains préfèrent cette solution par sécurité ou par la représentation que cela leur apporte de la sécurité alors qu'au cours de leur parcours au CISP des stages et des CMD avaient pu confirmer la réalité de leurs aptitudes à un emploi ordinaire.

Trois personnes ont été admises dans un CAT (Centre d'aide par le travail) de plus long terme. C'est une situation professionnelle plus protégée et plus aidée. Le « salaire » versé à la personne ne correspond pas en totalité aux bénéfices générés par son travail puisqu'il est complété par une garantie de ressource versée par l'État. Il est donc possible de pérenniser cette situation professionnelle même si l'efficacité de la personne est plus ou moins réduite.

Au total 11 personnes sur les 14 concernées ont réalisé leur projet professionnel au niveau susceptible d'assurer les meilleures probabilités de pérennisation. Pour chacune cette insertion professionnelle représente un progrès par rapport à la situation antérieure.

Pour trois personnes, le projet n'a pas abouti, soit parce que la réalisation en a été remise à plus tard ce qui mérite toujours une analyse fine des raisons de ce report : raisons essentiellement circonstancielles ou extérieures ? Raisons personnelles, doutes et inquiétudes ? ; ou encore, soit parce qu'elles ont fait partie du groupe des personnes en situation de rechute ou d'arrêt de leur projet.

Pour 2001, sur 54 personnes, 14 ont rencontré un épisode de « lâchage » ou « de rechute » : parfois l'arrêt du traitement est explicite, parfois il est plus difficile à mettre en évidence, parfois d'autres facteurs sont intervenus : conduites addictives associées, événements réinterrogeant ou déstabilisant le projet d'insertion ou fluctuations inhérentes à l'évolution de la maladie qui n'ont pu être contrôlées parfois par mesure du protocole thérapeutique, parfois par insuffisance de travail en réseau avec l'équipe soignante ce qui ouvre la question de la place de la personne : sujet de sa démarche thérapeutique ou objet de soin avec toutes les nuances de réponses qu'il est possible d'y apporter.

Sur ces quatorze personnes, onze ont bénéficié d'une hospitalisation qui a permis à sept d'entre elles de reprendre le cours de leur projet, trois ont abandonné leur projet et sont retournées dans leur famille.

Au Service de suite et d'accompagnement, sur les 40 personnes qui s'adressent à ce service, 10 vivent en couple, 4 enfants sont nés pendant la période de cet accompagnement : 2 ont eu recours à des services

spécialisés de l'Aide sociale à l'enfance, les 2 autres mènent une existence ordinaire.

Au-delà des avatars ordinaires de la vie, la majorité de ces personnes a pu organiser leur existence d'une façon qui leur convienne et qui se pérennise. Par exemple, perdre son travail, rompre une relation sont des événements dont la fréquence n'a rien de spécifique à leur groupe et dont ils se débrouillent généralement assez bien avec ou sans les aides dont ils ont su s'entourer et auxquelles ils font appel en fonction de leurs besoins. Sur la durée, les personnes qui bénéficient du Service de suite et d'accompagnement ont présenté peu de fluctuations nécessitant une ou des réhospitalisations. Par exemple, depuis le début de ce service il n'y a eu qu'une seule tentative de suicide, heureusement terminée par une hospitalisation alors que ce service reste un accompagnement à la demande de la personne ; il n'est donc pas du registre d'une prise en charge importante mais il s'agit bien d'un simple soutien à l'autonomie.

Alors que les autres directeurs de CAT qu'elle que soit la population accueillie, estiment impossible de remplir les préconisations gouvernementales qui situent à 4 % l'objectif d'insertion professionnelle, quels éléments permettent au CISP d'atteindre les résultats évoqués ci-dessus ? Le CISP bénéficie globalement des mêmes moyens en finances et en personnel que les structures de même statut : Foyer d'hébergement, CAT et Service de suite et d'accompagnement.

Un des facteurs de réussite des personnes qui s'adressent au CISP, c'est que leur démarche s'inscrit au terme d'un cheminement où équipes de soin, famille, entourage évoquent puis proposent et soutiennent un objectif d'insertion. Cette incitation et cette élaboration mettent en route une dynamique qui entraîne souvent la personne à s'approprier ce projet d'insertion.

À partir de cette appropriation, notre technique d'admission comprend des échanges et une négociation qui implique le « je » en interaction avec un autre. C'est l'occasion pour la personne comme pour l'établissement d'évaluer sa motivation et sa manière de la transmettre et de la faire partager. Comment l'expression de son désir est-il reliée de façon objective et fonctionnelle à des éléments réalistes (degré de stabilisation, compliance, connaissance de ses capacités et de ses points faibles, perception des éléments du chemin à parcourir) ?

Ensuite, quand le projet s'engage et se structure en programme, la pertinence et la solidité du cadre institutionnel ont une incidence sur la conduite et la réalisation de l'insertion. Par exemple, arrêts maladies, absentéisme, rechutes augmentent quand un atelier subit une baisse

d'activité. Les ateliers de sous-traitance, les plus exposés aux dysrythmies de travail sont les plus sensibles à l'absentéisme.

Pour entretenir et même renforcer l'intérêt à construire son insertion il est important que le CISP maintienne un tempo, un rythme suffisant aux progrès et évolutions personnelles. Le dénouement et la réalisation doivent s'inscrire aussi naturellement que possible dans ce rythme : pouvoir proposer et saisir l'opportunité au bon moment. Trop tôt correspond souvent à une préparation insuffisante et suscite des montées d'angoisse et des réactions de fuite. Être en retard sur le moment le plus approprié augmente les risques de doutes et de dépréciations dépressives ou constitue les conditions d'installation durable dans une étape inférieure aux possibilités de la personne.

## ABSTRACT

### **Between integration and autonomy: mental illness and institutional strategies**

The authors present the Centre d'insertion sociale et professionnelle (CISP) Jean-Caurant in the context of cuts in psychiatric hospital beds in France. After a brief historical overview, they describe the clientele as well as the spirit in which the CISP welcomes them.

## RESUMEN

### **Entre inserción y autonomía: enfermedad mental y estrategias institucionales**

Los autores presentan el Centro de inserción social profesional (CISP) Jean Caurant en el contexto francés de la supresión de camas de hospital. Presentan una descripción histórica breve y describen la clientela y el espíritu global de la acogida de esta clientela.

## RESUMO

### **Entre inserção e autonomia: doença mental e estratégias institucionais**

Os autores apresentam o Centro de inserção social e profissional Jean Caurant (*Centre d'insertion sociale et professionnelle* — CISP) no contexto francês da diminuição de leitos hospitalares. Após uma breve visão histórica, eles descrevem a clientela envolvida e o espírito global deste envolvimento.