

LE TRAVAIL ET LA SANTÉ : MISE EN PERSPECTIVE HISTORIQUE DU RÔLE DU TRAVAIL DANS LES SOINS PSYCHIATRIQUES.

Journée du pôle travail. « Adaptation du travail à l'homme, démarche méthodologique »

Bien qu'enseignant-chercheur en psychopathologie clinique, je ne m'intéresse pas qu'à la souffrance au travail, mais également au rôle du travail dans le fonctionnement psychique et plus précisément au rôle du travail dans les soins psychiques.

En effet, avant d'être perçu comme une source potentielle de souffrance psychique, le travail a occupé une place importante dans le traitement des souffrances psychiques, dans le traitement des troubles psychiatriques.

Pour cet exposé, je souhaite brièvement vous présenter une évolution du rapport au travail dans les soins psychiatriques à partir de trois repères historiques.

Dès que les souffrances psychiques ont été distinguées d'autres troubles, comme les troubles somatiques, et associées à des modalités de prise en charge spécifiques, le travail a été très rapidement associé aux soins.

Le rôle essentiel du travail dans les soins psychiatriques a été de soutenir la réadaptation à la vie collective des sujets souffrants de troubles psychiques profonds.

En effet, une des conséquences majeures des troubles psychiques profonds, comme dans les états psychotiques, est d'isoler les personnes qui en souffrent de la communauté. L'étrangeté des troubles, le sentiment de vivre une expérience douloureuse impartageable tendent à réduire les liens avec autrui et renforcent les logiques d'exclusion. Au-delà du traitement des troubles eux-mêmes, le maintien ou le rétablissement des liens est toujours un enjeu important.

Dans des termes actuels, il est possible de dire que le travail a été utilisé au fil du temps selon deux courants de pratique qui vont se prolonger jusque dans les pratiques contemporaines.

Un courant considère le travail comme une médiation permettant d'établir, ou de maintenir, des relations. L'activité « travail » est alors un support relationnel qui permet une relance des dynamiques intersubjectives et un ancrage dans la réalité.

L'autre courant utilise le travail comme produisant une réhabilitation sociale nécessaire au rétablissement du sujet. Le respect des horaires, la bonne réalisation de la tâche sont alors des éléments centraux. Le travail forme alors une sorte de cadre repérant qui s'impose au sujet. Il lui donne un rythme de vie, organise l'espace et la temporalité.

La première étape majeure repérable sur ce rôle du travail dans les soins se produit, au lendemain de la Révolution française, lors du développement de l'aliénisme au 19^e siècle en Europe. Cette période peut être considérée comme fondatrice de la psychiatrie. Les troubles psychiques sont investis en tant que tel et le dialogue avec « l'insensé » devient pensable. Le postulat qui émerge à cette époque est « qu'il n'y a pas de dehors humain à l'humain ». C'est à cette époque que vont se dessiner ces deux courants qui vont se prolonger jusque dans les pratiques actuelles.

Bien sûr, antérieurement on retrouve des traces de l'utilisation d'activité dans les soins psychiques dès l'Égypte ancienne où les personnes souffrant de troubles mentaux étaient incitées d'une part à raconter ce qui se passait en eux et d'autre part, invités à participer à des activités manuelles dans des ateliers collectifs.

Mais, c'est dans le monde asilaire de la fin du 19^e siècle avec l'instauration du « traitement moral » défini par P. Pinel que vont être discutées des méthodes de soin. Dans ce « traitement moral », P. Pinel invente une médecine « spéciale » où il s'agit de mobiliser les « facultés d'entendement et d'affection » en entrant en communication avec « l'insensé ». Cette action « par le dedans », exploite la distance intime de l'aliéné à son aliénation. La parole devient le moyen thérapeutique par excellence, mais l'établissement de ce dialogue singulier demande souvent des supports ou des situations particulières.

Quand je dis que les méthodes de soin sont discutées, c'est l'existence même de méthodes de soin qui est discutée. Faut-il « une pensée de système », selon les termes de l'époque. Ou au contraire, un travail au cas par cas est-il plus juste. La folie étant perçue comme ayant « trop de nuances » pour être traitée par une méthode globale.

C'est bien dans le cadre de cette « médecine spéciale », cette méthode globale, que le travail va trouver une place.

Pour influencer les idées délirantes et les troubles majeurs du comportement, il faut réussir à « entrer en communication » avec l'aliéné. Pour cela, P. Pinel va inventer des dispositifs et des activités destinées à soutenir l'établissement d'une relation nécessaire à la mise œuvre du « traitement moral ». Par exemple P. Pinel invente les « fictions curatives », où les soignants mettent en scène, en partie, le délire des patients pour en modifier l'issue.

Mais aussi dans le monde asilaire dans lequel évoluait « l'aliéné », le travail va offrir également une possible occupation et une occasion de rencontre en redonnant une place active à quelques-uns de ces résidents. L'aliéné pouvait obtenir un statut de travailleur au sein de l'asile et, à ce titre, participer aux différents services de l'établissement : travaux d'entretien, travaux des champs. Ce travail était rémunéré modestement par un pécule dont la valeur était indexée sur la valeur du timbre-poste (*il en reste aujourd'hui de cette époque une expression : « être timbré »*).

Ce travail, nécessaire au fonctionnement de l'asile, est aussi perçu comme ayant des vertus thérapeutiques dans la lutte contre l'isolement, l'oisiveté, le désœuvrement. Laisser sa marque, sa trace, exprimer sa capacité à transformer le monde environnant par son travail est perçue par les aliénistes du 19^e siècle comme ayant des potentialités restauratives ou du moins freinant les évolutions déficitaires qui étaient malheureusement majoritaires à cette époque.

Il est intéressant de noter, en outre, que cette approche du soin modifie également le rapport au travail des soignants. Le gardien de l'asile se fait observateur des troubles des aliénés dont il rapporte la description au médecin. Il n'est plus uniquement une sorte d'agent du maintien de l'ordre qui utilise la contrainte pour isoler et sanctionner les patients identifiés comme « trop agités ». Il lui faut déterminer pour quel type de trouble le traitement moral est efficace, pour guider le médecin dans ses choix. Une forme de spécialisation des soignants apparaît. En fait le traitement moral naît de la rencontre entre le médecin philosophe, P. Pinel, et J-B Pussin, le gardien qui lui transmet un rapport contenant ses observations.

Mais cette relative socialisation, en partie forcée, est bien paradoxale. Elle est une activité palliative au service du maintien d'un ordre asilaire qui entretient lui-même l'exclusion et l'isolement du reste de la société. Il faut noter que la nécessité de créer et de transformer son environnement reste toujours présente dans les structures asilaires même en dehors d'activités ou de travail institués par l'organisation de l'asile. Les productions de « l'art brut » témoignent de cette nécessité de transformer l'environnement.

Le deuxième point de repère se situe à l'issue de la Seconde Guerre mondiale. En réaction à ce monde asilaire au fonctionnement totalitaire, va se développer le mouvement dit « de la psychothérapie institutionnelle » qui va soutenir la volonté de favoriser l'expression des patients et de leur redonner une place d'acteur dans les soins et la société. Pour soutenir cet objectif, ce mouvement donne une place particulière à l'usage d'activités au sein des services d'hospitalisation psychiatriques.

À ce titre, la thèse de médecine de P. Paumelle¹ soutenue en 1952 est particulièrement emblématique. Intitulée « Essai de traitement collectif du quartier d'agités », cette thèse ne présente pas uniquement une évolution majeure de la prise en charge des patients, mais elle prend comme objet l'organisation même des soins. Là encore, c'est le rapport au travail des soignants, des infirmiers, qui évolue tout en restaurant le rôle du travail et des activités pour les soignés.

Il s'agit de traiter « l'ambiance » institutionnelle, de soigner en quelque sorte l'institution régie par des procédures marquées par la violence entretenant l'agitation des patients. (*Pour P. Paumelle, les patients sont « agités » et l'institution est « violente »*). L'infirmier commence à développer une sorte de « rôle propre » à la base du soin psychiatrique, où il peut faire preuve d'initiative et de créativité. Il n'est plus uniquement l'exécutant passif d'un soin prescrit par le médecin.

Parmi les différentes mesures prises par P. Paumelle, la généralisation des activités joue un rôle important. Elles sont proposées à tous les patients sans exception. Dès le réveil des patientes, l'infirmière peut proposer une activité simple comme la fabrication de tresse de raphia. Il s'agit essentiellement de sortir d'une logique fondée sur la passivité et la dépendance où l'action des soignants se centrait sur le maintien d'un ordre institutionnel perpétuellement troublé.

De cette approche est né le concept d'ergothérapie, un « soin par le travail, par l'activité ». Le travail en atelier est pensé comme faisant partie intégrante du soin en mettant les malades au contact avec une réalité sur laquelle ils agissent tout en valorisant leurs productions matérielles et en permettant l'expression de leur créativité. Un autre élément important est de leur permettre une intégration dans un collectif avec lequel se développe des interactions variées. Le cadre des activités en atelier permet aussi une profonde transformation du cadre de vie hospitalier et des relations soignants/soignés. Le sujet souffrant retrouve un espace où créer et agir au sein d'un échange collectif organisé par la tâche à accomplir et non plus organisé uniquement par des statuts institutionnels hiérarchisés.

Le troisième repère historique apparaît avec la mise en place du « secteur psychiatrique » dans les années 70 (c'est-à-dire la mise en place de soins à l'extérieur des murs de l'hôpital, où une équipe pluridisciplinaire est responsable d'un secteur géographique, en dehors d'une

¹ Paumelle P. (1952), *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, Rennes, ENSP (1999).

hospitalisation à temps plein, des soins dits « ambulatoires »). Ces activités, encadrées à l'origine majoritairement par des infirmiers, se spécialisent avec l'apparition du corps des ergothérapeutes. Cette évolution laisse la place à de nouvelles pratiques encadrées par les infirmiers, les activités dites de « sociothérapie », un traitement psychique par le social. Ce mouvement est renforcé par l'application de la loi d'orientation de juin 75 en faveur des personnes handicapées qui instaure l'allocation adulte handicapé favorisant la possibilité de s'établir hors de l'hôpital et qui offre également la possibilité d'être orienté vers des Centres d'Aide par le Travail (CAT), devenus aujourd'hui les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT).

Le travail est toujours perçu comme une aide à l'insertion, mais il ne s'inscrit plus dans les lieux de soin. Dans le milieu psychiatrique, la référence au travail s'estompe pour laisser la place à des activités, à des médiations, qui se diversifient en jouant sur la créativité, la réhabilitation du corps, ou la proximité avec les activités de la vie quotidienne. Le développement des soins ambulatoires va permettre le développement de ces activités au sein de la cité dans le cadre des structures hospitalières comme les Hôpitaux de Jour ou les Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP), mais aussi dans le cadre associatif avec l'émergence des Groupes d'Entraide Mutuels (GEM). Les activités se détachent donc progressivement du milieu hospitalier pour accompagner le patient dans ses soins et son insertion sociale.

Dans cette troisième étape, le rapport du travail des soignants poursuit son évolution. Le travail des équipes perd de son uniformité. Les tâches se diversifient. Les infirmières peuvent se déplacer au domicile des patients, souvent en binômes, mener des entretiens « cadrés » en face à face sans la présence d'un médecin. Elles participent à des réunions de réseaux rassemblant différents intervenants. L'équipe reste une référence, mais les tâches de chacun ne sont plus identiques. L'autonomie et la responsabilité se renforcent...

Pour conclure, je vous propose de repérer deux dimensions « classiques » dans les apports du travail aux soins psychiques dans le registre de la psychose, que ce travail soit aménagé ou pas.

D'une part, le travail comporte une dimension que l'on peut qualifier « d'intrapsychique », impliquant le corps et la sensorialité, permettant de retrouver une certaine emprise sur le monde, de laisser une empreinte. Le travail, dans un cadre de soin, soutient une relance du travail psychique qui s'appuie sur le corps, la pensée et le contact avec une réalité matérielle.

D'autre part, il y a une dimension que l'on peut qualifier « d'intersubjective », où il s'agit de renouer les alliances intersubjectives, de restaurer des « contrats narcissiques » articulant l'individuel et le groupal. C'est un concept proposé par un ancien enseignant-chercheur lyonnais, R. Kaës. Ces alliances intersubjectives permettent au sujet « d'être à lui-même sa propre fin » tout en étant un élément d'un ensemble plus vaste, « le maillon d'une chaîne ».

Il y a une sorte d'effet « ricochet » du travail. Il permet la relation avec des sujets fragiles parce que, paradoxalement, il ne vise pas directement cette relation. La relation se fait autour de la tâche à accomplir et permet à chacun de trouver une distance qui lui convient.

Au-delà de ces dimensions intersubjectives et intrasubjectives, il faut aussi entendre aussi le rétablissement d'une forme de citoyenneté auprès de cette population volontiers repoussée aux marges de la société.

Aujourd'hui, la place et la nature des activités en psychiatrie évoluent en même temps que les institutions de soin ainsi que le contexte historique, politique, économique et culturel. Le travail a servi de modèle aux premières activités à une époque où le travail signait une forme de guérison sociale. Mais, il est aujourd'hui devenu une denrée difficilement accessible. Cette réinsertion sociale est devenue de plus en plus problématique avec l'apparition du chômage de masse et surtout avec l'évolution de l'organisation du monde du travail qui fait émerger une nouvelle forme de souffrance. Le travail est de moins en moins l'allié des soins psychiques. Le malaise que traversent les équipes soignantes forme l'ultime contre point. Ce malaise est lié à la perte de sens de leurs pratiques remodelées par les logiques gestionnaires, les mettant en conflit avec leurs valeurs produisant alors une « souffrance éthique » selon les termes de C. Dejours.

Peut-être qu'aujourd'hui, en se désadaptant ou plutôt en se désaccordant, de ses fonctions subjectives, le travail perd également sa dimension « thérapeutique et socialisante » pour devenir de plus en plus une cause potentielle de souffrances psychiques graves.