

L'insertion, quel travail !

Parcours cliniques.

Rebecca Caley, médecin collaborateur en santé au travail, SIST 65

Mais qu'en savais-je, moi, de la place du travail dans la vie des gens ? Comment me suis-je imaginée que ne pas en avoir les faisait souffrir ? Il a fallu cheminer avec eux, les écouter, les accompagner et les défendre, faire bouger les représentations : les miennes et celles des institutions.

Que vient faire la médecine là-dedans ? Qu'est-ce donc que ce médecin qui n'en est pas vraiment un ? (tiens, quel travail ?). L'insertion serait-elle une maladie ? Comment ne pas penser que pour sortir de la précarité, ne plus subir ce dispositif, il suffirait que chacun puisse vivre des revenus de son travail, d'un travail ? Pour moi, le travail est un droit opposable. Comment ne pas se révolter face aux conséquences démesurées d'une pathologie qui, prise en compte de manière normale, n'aurait pas conduit à une telle souffrance ?

En les accompagnant si longtemps, j'ai vu souvent s'installer cette désespérance, s'éteindre la flamme, la révolte laisser place à la résignation. Souvent l'incompréhension s'installe : rien ne peut expliquer ce qui apparaît comme un refus : la souffrance ne se voit pas. Il faut prendre le temps de la faire apparaître, permettre aux mots de faire émerger ces maux. Justifier ? Le corps se met alors à parler, comme si tout devenait alors plus facile...

Wrésinski, en 1987, proposait la définition suivante pour la précarité « l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assurer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux ». L'insécurité qui en résulte peut avoir des conséquences plus ou moins graves, éventuellement définitives car elle conduit à une souffrance psychique, à une sidération des compétences du sujet qui lui permettent de faire face, ce qui conduit la personne en situation de précarité à une situation d'exclusion. La précarité peut, avant la situation d'exclusion, conduire à la pauvreté quand elle devient persistante, elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de ré-assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible.

Qu'est-ce que la souffrance, qu'est-ce que la souffrance psychique : cela constitue-t-il une catégorie symptomatologique et/ou pathologique ? Selon Furtos, et à la suite du fameux rapport Lazarus (1995), « la souffrance psychique tient lieu d'indicateur de précarité sociale », il précise que « la souffrance psychique, sans être un symptôme médical, concerne cependant la santé mentale ». Ce terme désigne l'articulation du psychique, du somatique et du social, c'est-à-dire la manière dont les inégalités sociales s'inscrivent dans le corps des personnes exclues.

La précarité se définit par la perte « des objets sociaux », un objet social c'est l'argent, le logement, la formation, les diplômes, et ce qui nous intéresse aujourd'hui, le travail. On en a ou on n'en a pas... Les objets sociaux donnent aux personnes les sécurités de base, l'objet social c'est ce qui fait lien dans la société, il donne un statut, une reconnaissance d'existence, une valeur, il permet d'être en relation.

Dans les définitions qui en sont données, souffrance ramène à douleurs et douleurs à souffrance : douleur du corps ou de l'esprit, souffrance du corps ou de l'esprit. Peut-on

séparer : d'un côté la douleur qui ramène au corps, et de l'autre la souffrance qui ramène au psychisme ? La prise en charge de la douleur physique a bien évolué. On peut lire dans les salles d'attente à l'hôpital : « la douleur n'est pas une fatalité, on peut la prévenir, la traiter, avoir mal ce n'est pas normal. La douleur n'existe pas sans raison, ne la laissez pas s'installer, n'hésitez pas à en parler, votre médecin en recherchera les causes. La souffrance morale augmente les douleurs, parlez-en à l'équipe soignante ». Alors, on pourrait lire : « la souffrance psychique n'est pas une fatalité, on peut la prévenir, on peut la traiter. Souffrir moralement, ce n'est pas normal. Traiter la souffrance psychique c'est possible ». La destinée même du terme de souffrance psychique n'est-elle pas parallèle à celle de la douleur et à la prise en charge de celle-ci par le médecin ? D'où la tentative de réduire médicalement toute souffrance, toute douleur ? Toute souffrance devient alors pathologique et à traiter médicalement (et sous la pression des laboratoires par des médicaments, ici des psychotropes). Le sociologue Alain Ehrenberg in *Individus sous influence* : « les débats sur les médicaments psychotropes sont révélateurs de la pression psychique, de ce qu'on a appelé les exigences d'autocontrôle, qui s'exercent tout au long de l'échelle sociale sur le plus quelconque et le plus exclu d'entre nous au moment où les relais institutionnels qui prenaient en charge le malheur social sont en crise ».

Ainsi donc comment prendre en compte cette souffrance « qu'on ne peut plus cacher » (Lazarus*) ? Est-il pertinent d'avoir un regard psychopathologique sur un groupe social ? Même si les pathologies mentales, on le sait (étude SAMENTA), peuvent être facteur de désinsertion et si la situation d'exclusion peut entraîner d'authentiques syndromes dépressifs, vont se mettre en place des modes de fonctionnement psychique particulier, syndrome spécifique décrit par Maisondieu « le syndrome d'exclusion est donc un mélange de honte et de désespérance qui conduit l'exclu à la mise en panne de son affectivité et de ses facultés cognitives pour survivre à défaut de vivre ». Dans le rapport de 2003 remis à la secrétaire d'État à la lutte contre l'exclusion par Philippe Jean Parquet*, on trouve tout un catalogue de symptômes, descriptions de *pertes et d'incapacité* (perte des conduites adaptatives, incapacité à se projeter dans l'avenir, à utiliser des compétences antérieurement acquises, inscription dans le temps de l'instant, incapacité à nouer de nouvelles relations affectives, perte de la notion d'interdépendance avec les personnes et les groupes comme par exemple la famille... conduites d'évitement, de repli, baisse de l'estime de soi et de se croire susceptible d'agir sur son propre destin, conduites addictives de compensation, troubles dépressifs, déni de la souffrance).

Reprenons Maisondieu* :

Honte... à fonctionner dans le registre de la culpabilité, la parole diminue la peine, adoucit la sanction (au tribunal, au confessionnal, chez le psy ?) la honte, à l'inverse, est opposée à la parole : elle entraîne la dissimulation (ce sont les organes honteux que l'on cache) la honte est du côté du regard, le corps devient alors l'écran où la faute et la honte mêlées s'exposent. On peut *mourir de honte*. Cela peut être relié à la phobie sociale et à la question de l'estime de soi. « Ces réactions de repli sur soi et de mise à distance des autres que l'exclu met en place pour se protéger des humiliations prolongent et renforcent son exclusion. Il s'exclut pour ne pas se sentir exclu et son exclusion prend un caractère chronique difficilement réversible. »

Désespérance et inhibition affectivo cognitive... la répétition des situations d'échec, les difficultés incessantes de la vie quotidienne finissent par engendrer désespérance et inhibition affectivo cognitive. La question n'est pas d'une humeur altérée mais d'une protection contre les affects pouvant être vécus comme douloureux. Ne plus rien ressentir, ne plus rien s'autoriser à ressentir pour éviter à nouveau une déception. Ne pas s'investir dans

une relation affective, ne pas s'investir dans un logement, une relation d'aide... La précarité rend le rapport au monde précaire, si tout est précaire, le risque est que rien ne vaille plus investissement.

Cela pose la question du rapport au temps, un rapport marqué par le temps immédiat (Furtos, Parquet) la dangerosité à se projeter dans l'avenir, la difficulté des histoires passées amène à supprimer le passé et l'avenir. Comment alors construire un projet, s'inscrire dans un parcours, être en accord avec le temps institutionnel ? Lorsqu'on s'attache à la reconstruire, l'histoire de la personne apparaît morcelée, avec des repères biographiques ou cliniques (antécédents médicaux, *curriculum laboris*...) flous ou incohérents, qui peuvent faire à tort évoquer des troubles mnésiques. Par cette non-inscription, on dilue le fil conducteur, il n'est alors plus possible de repérer ce qui est du poids des répétitions, être objet et non plus sujet de cette histoire...

Comment alors, face à cette dissolution de l'identité, être attentif à repérer chacun dans sa singularité ? Comment ne pas tomber, avec cette désespérance, dans la fatalité ? La question est donc bien de donner à la personne son rôle de sujet, lui donner le temps de réécrire à son rythme la musique de sa vie avec des pauses, des silences, des changements de rythme... Mais la logique institutionnelle ne joue pas la même partition : précarité des intervenants (appels à projets...) réorganisations multiples, injonctions paradoxales (j'ai souvent entendu le terme de « prescription » pour une action, un chantier d'insertion...).

Du RMI au RSA, de l'Insertion à l'Activité... mon histoire médicale suit cette refonte des politiques d'insertion et d'aide sociale, il s'agissait alors *de rendre le retour à l'emploi plus rémunérateur que le maintien dans l'assistance et de lutter contre la pauvreté*, le RMI enfermant les bénéficiaires dans des *trappes à pauvreté et à inactivité*, avec ce que vous savez des inégalités territoriales en matière d'actions d'insertion. Ainsi donc la responsabilité de l'insertion est transférée vers les allocataires *activation* (activité, tu vas bouger...) comme vers les départements, avec les limites qu'on sait en termes d'offre de travail et de dotation financière des collectivités. Et donc on assiste au formatage des dispositifs pour inciter en toutes circonstances les destinataires (les *bénéficiaires*) à chercher un emploi. Entre nous, recourir à un minimum social pour agir sur l'offre de travail était délicat, d'autant qu'il s'agissait de traiter des maux qui relèvent d'autres politiques (emploi, salaires ou temps de travail pour les travailleurs pauvres...). Il n'a pas eu l'effet escompté : crise et insuffisance de l'offre travail, non recours...

La question de l'emploi, du travail devient donc centrale, elle l'était déjà d'une certaine manière. Il faut identifier et lever *les freins à l'insertion*... mais pour quel emploi ? Que peut-on proposer ? C'est du côté des personnes que les efforts se font, mais n'a-t-on jamais pensé rapprocher le marché de l'emploi des personnes ? Ah oui, c'est vrai, il y a l'insertion par l'activité économique, les contrats aidés... Pour un grand nombre de contrats aidés, il s'agit aujourd'hui d'un travail classique, nécessitant des savoirs faire spécifiques, seule la forme d'emploi diffère, précaire. Cohabitent alors, pour les mêmes tâches, des salariés ayant des statuts opposés.

Lever les freins à l'insertion : cela prend alors une forme d'injonction paradoxale, pour les personnes et ceux qui les accompagnent (qui prendront d'ailleurs le nom de référent, déjà donné pour l'insertion professionnelle). La santé figurait déjà en bonne place en termes de *frein à l'insertion* et là... allait-on glisser vers un concept *d'aptitude* ? S'agissait-il alors de *réparer* les corps, les rendre plus acceptables (soins dentaires, lunettes, ...) pour affronter la mise en concurrence ?

Je parlais tout à l'heure de singularité... La singularité ? Il y a des *catégories de bénéficiaires* (prêt à l'emploi, prêt mais avec freins, tiens, tiens, ..., ceux nécessitant un accompagnement social).

Dans l'orientation vers le médecin, il y a de l'explicite : « Mme X dit qu'elle ne peut pas travailler car elle a des problèmes de santé » ; il s'agit alors d'authentifier les problèmes... faire un lien direct entre cette impossibilité et une pathologie, la traiter pour remettre dans la bonne case. Il faut chaque fois se justifier... et dans le colloque singulier avec le médecin, exprimer cette souffrance à être.

Une des toutes premières personnes que j'ai accompagnée, Mme G., avait travaillé longtemps dans une boulangerie ; elle chute sur une palette et se blesse au genou, l'accident de travail n'est pas déclaré, elle ne l'était pas non plus... Elle renonce à faire valoir ses droits, perd peu à peu confiance, se sépare... le chirurgien qui la prend en charge « fait son boulot », elle tente de faire le sien : « se réparer ». Le travail a du sens pour elle, nous tenterons d'en trouver un à la mesure de ses capacités restantes. Nous visitons une EA et elle y fait un essai mais malgré une évaluation soulignant « sa pugnacité, sa ponctualité, son savoir être » il n'y aura finalement pas de place pour elle « ce n'est pas le moment ». Sa mobilité s'amenuise, elle ne peut plus « avancer »... il faudra en arriver là pour qu'elle relève d'une AAH.

Mme D. a travaillé, un peu, de temps en temps. « J'ai fait les canards » me dit-elle, « pendant 6 ans j'ai perçu l'AAH, puis on me l'a enlevée. J'ai vu des psychiatres mais quand je sors de l'hôpital j'arrête le traitement. J'ai beaucoup de soucis à cause du manque d'argent, je me sens responsable. Je m'ennuie beaucoup, j'aime pas ma vie, elle est quelconque. J'aimerais renaître et tout refaire ».

M. me dit qu'elle n'avait pas envie de me voir, mais il faut bien faire ce que l'assistante sociale demande; elle a toujours été dépressive, n'a fait que des petits boulots, rien quoi... j'irai mieux quand j'aurai un travail, vivre au crochet de la société, ne pas pouvoir s'amuser, croyez-vous que c'est facile ?

Mme L. est cambodgienne, en France depuis l'âge de 12 ans ; saisons à Lourdes, contrats en ACI... elle me parle de la peur du placement de ses enfants « ça réfléchit beaucoup, la nuit aussi, ça me réveille » comment en parler ? A qui ? « Est-ce qu'on peut tout dire à un psychologue » ? J'ai besoin d'être rassurée, que quelqu'un me donne confiance. Mais comment voulez-vous qu'on veuille m'embaucher ?

Et parfois quand le corps parle, on ne l'écoute même plus ; personne, souvent pas même le médecin. Ses référents ne comprennent pas pourquoi P., 35 ans, plombier, a arrêté de travailler... rien, plus rien... il souffre d'une hanche, reste allongé sur le canapé, chez sa mère. Il est soupçonné de ne plus vouloir rien faire... On ne l'écoute plus ! Quand je le rencontre, il est résigné. On découvrira en fait qu'il a une ostéonécrose de la hanche, sera opéré mais cette longue attente, cette souffrance, laissera des traces.

Des biographies marquées par des accidents, ceux qu'on nomme *accidents de la vie*, mais aussi de véritables accidents, qui viennent rompre un équilibre souvent fragile. Des mauvaises rencontres, aussi... ou pas de rencontre du tout. La souffrance les rendraient ils transparents ? Ceux qui souffrent en silence, et ceux qui souffrent en faisant grand bruit...et qui nous dérangent. Ceux qui non, non, n'acceptent pas n'importe quel travail, le même stage, la même action collective, des petits bouts d'heure par ci par là.

Et puis on finit aussi par avoir peur pour eux. Le travail ne va-t-il pas aggraver leur situation ? Ne va-t-on pas les mettre en danger ? Peur pour eux ou peur pour nous ?

Parcours d'insertion, parcours semé d'embûches. Raconter son histoire chaque fois qu'on change de référent, de dispositif, jamais dans la bonne case, au bon endroit, marcher, marcher encore, lutter sans cesse... Si ça, ce n'est pas du travail !

J'ai donc voulu aller voir du côté du travail ; Dans toutes ces histoires, il y avait un goût d'inachevé, d'injustice. Comment avait-on pu laisser faire cela ? Comprendre pourquoi, parfois, il fallait aussi que cela s'arrête, au prix de son indépendance. Renoncer, mais aussi décider que non, non, on n'allait pas se faire broyer... Soigner le travail ?

J'avais bien ma petite idée, ce qu'ils m'en avaient raconté, ce que j'avais lu ou vu... Mais me voilà dedans, à le questionner, à entendre combien on peut en souffrir, combien il est difficile parfois de résister... Cet ouvrier me dit « j'ai mal, c'est dur, on s'entraide un peu à l'usine mais il n'y a plus beaucoup de solidarité, les gens ont peur, on est dans une société rongée par la peur, peur de perdre son emploi, peur pour ses enfants, mais je résiste ».

J.M. travaille à l'usine depuis l'âge de 17 ans. Chaque jour il porte la pièce, la met dans la machine qui la taille, et répète ces gestes. Il ne se plaint de rien. Son corps lâche mais il ne le voit pas. Puis il a très mal, trop mal... il faut s'arrêter. Quand je parlerai au patron du retour à son poste, il me dira « on ne l'entend jamais » « pour lui, je veux bien faire quelque chose... ».

S. me dit qu'il n'en peut plus, il a encore 2 ans à tenir avant la retraite ; ouvrier dans le bâtiment, son salaire n'a pas bougé depuis des années. Il me dit « tant pis, je gagnerai moins mais je ne peux pas continuer comme ça, je serai au chômage mais je serai vivant ».

M. ne dira rien de ses douleurs... Demandeuse d'emploi en fin de droits, elle a enfin trouvé un petit contrat dans une association d'aide à domicile, quelques heures à prendre à son compte la vie qui s'éteint. Quelle énergie il faut pour repartir... aspirer, laver, s'adapter, comprendre... des interventions de plus en plus courtes, dans des contextes difficiles, des horaires morcelés, des voitures brinquebalantes... Un travail *accessible*... l'aide à la personne, un gisement d'emploi, une insertion professionnelle, mais à quel prix ?

Intérim, CDD, temps contraint, ils s'accrochent, ils tiennent... Masquer les problèmes, surtout ne pas dire au médecin ce qui pourrait le faire douter de son aptitude. L'accès à l'emploi ne met plus systématiquement à l'abri ni de la pauvreté matérielle, ni de la détresse psychologique (Serge Paugam, in *Le salarié de la précarité*).

Le travail occupe toujours une place fondamentale dans les mécanismes de socialisation et d'intégration sociale.

Il y a cependant des éléments déterminants dans la prise en compte des personnes dans certains dispositifs, d'insertion notamment : la volonté des différents acteurs de se coordonner, d'échanger leurs pratiques, de comprendre les logiques et les représentations de chacun et surtout, de donner la parole aux personnes... S'associer, unir ses forces pour lutter contre la précarité... Dans le monde des *insérés*, c'est beaucoup plus difficile. Je n'y ai pas encore vu cette volonté... Sous prétexte de *protéger*, on cloisonne.

« L'individu, plus que la collectivité est devenu responsable de la gestion de son malheur comme de son bonheur ; la cohésion sociale fait problème, pour des raisons socio-économiques mais aussi socioculturelles. Aider des exclus n'a de sens que si en amont le politique prend des mesures pour éviter les inégalités sociales. Accompagner des

individualités n'a pas de sens si les personnes n'ont pas, d'abord, le sentiment d'appartenir à la même société. *Reconstruire du lien social* n'est donc pas une affaire d'ingénierie sociale pour colmater les brèches comme le veut le politique en subsidiant de multiples petits projets sociaux ou d'écoute psychologique sans toucher à la source de l'exclusion. C'est prendre en compte ce qui fait lien entre les individus dans la société pour la construction identitaire : en cela quelle place pour l'emploi ? »

« Peut-on parler d'un traitement compassionnel de la question sociale ? Écouter la souffrance des victimes d'inégalités sociales permet, dit Fassin*, à l'action publique de mettre entre parenthèses le souci de justice sociale ».

Je pense aujourd'hui tout particulièrement à Sonia, qui a crié fort sa révolte, refusé de baisser les bras, mis ses mots au service de ceux qui ne parlent pas pour nous interpellé, nous faire bouger et qui est récemment décédée. Mais aussi à Arnaud, bénéficiaire du RSA, que j'ai revu il y a peu pour une visite d'embauche, heureux.