



Journée régionale de formation des personnels des ESAT

4 mars 2008, Mur de Bretagne

Complexité de l'accompagnement des populations reçues en ESAT

Marie-Josée BERGER, Psychologue-psychanalyste, formatrice ANDESI

Les adultes admis en ESAT présentent des difficultés très diverses.

De ce fait, les professionnels accompagnant ces personnes sont confrontés à de multiples questions.

Nous verrons :

- 1) Quelles sont les caractéristiques de ces adultes en situation de handicap et l'étendue de leurs pathologies ?
- 2) Comment approfondir leur observation afin de mieux les accompagner dans l'élaboration de leur projet individualisé ?

Les ESAT ont, en autre mission, de fournir aux usagers un soutien médico-social favorisant théoriquement leur épanouissement personnel et leur intégration sociale.

Du fait des nouvelles législations de ces établissements, les professionnels sont de plus en plus confrontés à des populations très variées et à **des logiques contradictoires d'ordre économique, financier, d'aide et de soutien.**

Les encadrants, et en particulier les moniteurs d'atelier, peuvent ainsi être surpris, déstabilisés, voire stressés, ce qui les amène à s'interroger en permanence sur leur mode d'intervention vis à vis de ces populations qu'ils accompagnent.

I- Quelles sont les caractéristiques de ces adultes en situation de handicap et l'étendue de leurs pathologies ?

Les usagers des ESAT présentent des troubles psychiques et / ou sociaux qui les empêchent de vivre en milieu ordinaire de manière tout à fait autonome, on l'a vu tout au long de cette journée.

Souvent, sans qualification professionnelle, ils n'ont pas d'objectifs précis ou ces derniers ne sont pas toujours réalistes. Ils peuvent se montrer perdus et submergés par une montagne de difficultés de tous ordres : économiques, sociales, psychiques, affectives etc.

Pour les ESAT, il s'agit non pas d'adapter les personnes reconnues « travailleurs handicapés » à la société mais de respecter leur identité pour les aider à développer le mieux possible leurs capacités.

La déficience intellectuelle

La majorité d'entre elles présentent **une déficience intellectuelle** plus ou moins profonde, des aberrations chromosomiques type trisomie 21 par exemple et la plupart sont issues d'IME.

Le sujet atteint de **déficience intellectuelle** a des facultés intellectuelles limitées, il éprouve de la difficulté à comprendre, donc un défaut d'intelligence apparent. On peut trouver chez lui une sorte de fixité dans sa manière de s'exprimer, une impression de flou, voire d'incohérence, un mauvais enchaînement des idées, une logique autre et un manque de rigueur dans son raisonnement.

Dans le champ de l'apprentissage, l'imagination l'effraie car cela remet en question ce qu'il sait déjà, ce qui l'insécurise.

Il a tendance à éviter les conflits et à se mettre en situation d'échec. Avez-vous remarqué que ces personnes éprouvent des difficultés à assimiler plusieurs consignes à la fois ?

L'incompréhension de ce qui lui est demandé le fait souffrir et suscite en lui une forme d'inhibition qui peut être l'expression d'un mal-être intérieur et l'empêcher d'acquérir des notions d'ordre scolaire. Un accompagnement pluridisciplinaire au long cours peut aider ces personnes à évoluer considérablement dans tous les domaines.

La dépression

La dépression ne signe pas une structure particulière, on peut la rencontrer dans différentes pathologies. On y observe une modification profonde de l'humeur avec de la tristesse, de la souffrance morale et un désinvestissement de toute activité.

Egalement une dépréciation de soi-même, un profond pessimisme et l'absence de tout élan vital, peur de la mort ou de l'abandon, appréhension de l'avenir qui est vu sous un jour sombre.

Le repli dépressif constitue une attitude protectrice de retrait qui permet au sujet de survivre quand il ne dispose plus de la faculté de lutter.

Le sujet atteint de dépression présente des symptômes somatiques de l'angoisse : oppression, spasmes, céphalées, vertiges, insécurité à la marche, étouffements, tremblements...

La fatigue existe dès le matin et n'est pas améliorée par le repos qui peut même l'aggraver.

Il a des troubles du sommeil : parfois hypersomnie-refuge, plus souvent sommeil irrégulier, non réparateur, agité de rêves pénibles et de cauchemars.

Des troubles de l'appétit (anorexie ou boulimie) et de la sexualité : surtout inhibition.

Comme si toutes les fonctions du corps se trouvent perturbées.

Les soins corporels, l'hygiène, l'apparence physique peuvent être négligées.

Le sujet veut qu'on le plaigne et l'écoute, il cherche aide et protection.

Des tentatives de suicide peuvent survenir : ingestion de médicaments qui nécessite une hospitalisation.

Ce serait moins une volonté de mourir qu'un appel à l'aide, une tentative de pression sur l'entourage.

Parfois, le sujet explique la prise de médicaments par le désir de dormir et d'oublier... Il ne faut cependant pas sous-estimer la gravité du risque, surtout chez l'adolescent, le sujet âgé ou la personne socialement isolée.

On a souvent tendance à vouloir « booster » une personne dépressive ce qui ne l'aide en rien, mais au contraire l'enfonce encore un peu plus car alors, elle perçoit que sa souffrance n'est pas reconnue là où elle est.

L'angoisse est l'expression d'un moteur de la lutte du sujet pour vivre, et la dépression son abandon.

Une nouvelle population

A côté des personnes présentant une déficience intellectuelle **une nouvelle population** apparaît dans les ESAT.

Ce sont de nouveaux usagers très jeunes, avec un parcours scolaire difficile, irrégulier. Ils peuvent avoir une absence de formation professionnelle, et même avoir un vécu d'errance sociale en lien avec la précarité et une absence de vie en institution. Certains ont fait des tentatives plus ou moins fructueuses de travail en milieu ordinaire qu'ils ont dû abandonner pour raison de santé ou d'impossibilité de s'adapter aux contraintes de cet environnement.

Parmi ces nouvelles recrues, les professionnels constatent une présence accrue de personnes avec des handicaps psychiques, des maladies mentales plus ou moins graves et une déficience intellectuelle légère.

Certains d'entre eux ont à faire à l'alcoolisme, le tabagisme et / ou diverses formes de toxicomanies...

Les principales maladies mentales rencontrées en ESAT.

Voyons maintenant la différence entre la névrose et la psychose, et quelles sont les principales maladies mentales rencontrées en ESAT.

Le petit d'homme dès son arrivée au monde est plongé dans un bain de langage, il est totalement dépendant de son entourage, il évolue en fonction du désir conscient et inconscient de ses deux parents pour lui et de la place qu'ils lui assignent au sein de sa famille.

Le sujet névrosé est d'emblée confronté au renoncement à toutes les relations incestueuses interdites au sein de sa famille afin de construire à l'âge adulte des relations extérieures à son milieu familial.

Il accepte d'être sexué, mortel, **manquant (rien ni personne ne pourra jamais le combler) désirant et imparfait : il peut commettre des erreurs sans pour cela s'écrouler.**

Il est conscient de ses manques, et des phénomènes de répétition dans lesquels il peut se mettre indéfiniment bien qu'ils le fassent souffrir.

La Loi Symbolique est l'ensemble de ces notions qu'il a acceptées plus ou moins profondément selon le mode de relation qu'il a pu construire avec les personnes tutélaires de sa petite enfance.

Le sujet névrosé est en contact avec la réalité. Les symptômes sont reconnus par la personne comme aliénants et ils s'inscrivent dans son histoire et les événements qu'il a vécus. Ils représentent un moyen de défense contre l'angoisse en lien avec des conflits inconscients et réalisent une sorte de compromis comme Freud l'a mis en évidence.

Il existe 2 sortes de névrose : la névrose obsessionnelle avec ses doutes, ses vérifications ritualisées, ses ruminations et idées fixes, sa phobie de la saleté par exemple.

Lui interdire brusquement ses rituels peut le perturber profondément.

et l'hystérie avec sa manière exagérée d'exprimer ses affects, ses symptômes physiques, sa manière de transformer la réalité, ses crises d'angoisse et sa manière de n'être jamais satisfait par exemple.

Le sujet psychotique, lui, n'a pas entièrement contact avec la réalité, ce qu'il nie, car il n'en a pas ou peu conscience. Il se met en place d'objet d'amour de sa mère, de son père ou de toute personne tutélaire de son enfance. Il veut combler le « manque à être » (que peut représenter le manque « affectif » auquel nous sommes tous confrontés) de ses parents ou de quiconque s'occupe de lui. Il a du mal à accepter d'être sexué, mortel, imparfait. En fait, il n'a pas pu intégrer la Loi Symbolique comme le sujet névrosé a pu le faire.

Pour un psychotique, quand il n'y a personne, il n'y a plus personne ce qui est terriblement angoissant. Il existe plusieurs sortes de psychoses :

- **la psychose infantile** qui peut se manifester très précocement chez des enfants, par des perturbations sévères de la personnalité qui entravent de façon importante leur appréhension de la réalité et freinent gravement leurs capacités psychomotrices, intellectuelles, cognitives et psycho-affectives de leur développement.

Le tout petit manifeste ses troubles d'ordre psychotique par une fuite du regard et de la communication avec son entourage, une hypotonie, (souple comme du caoutchouc), des retards d'apprentissage notamment du langage et plus tard des acquis scolaires ;

- **l'autisme** peut se manifester dès la naissance par un repli sur soi, la fuite du regard, l'impossibilité d'établir des relations avec les personnes qui les entourent. Les bébés autistes sont souvent décrits comme particulièrement « sages ».

Chez l'adulte, on distingue 3 sortes de psychoses : la paranoïa, la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive dite actuellement « trouble bi-polaire » dans le milieu psychiatrique.

- **la paranoïa** : para-noïa : « je pense à côté ».

C'est une psychose chronique qui peut **s'exprimer par des délires de persécution et de jalousie, de la mégalomanie (délire des grandeurs). sans affaiblissement des capacités intellectuelles. Les personnalités paranoïaques se méfient du jugement des autres, elles sont intolérantes, susceptibles, n'admettant pas la contradiction ni même le doute.**

Le délire n'est pas systématique, mais il peut éclore brutalement après un événement traumatique déclenchant accidentel, ou émotionnel (deuil, rupture sentimentale, échec de tous ordres...), ou sexuel (rapprochement homosexuel par exemple) ou d'une circonstance heureuse (mariage, naissance d'un enfant, promotion professionnelle...) (Ce sont des personnalités très fragiles.)

La personne paranoïaque croit toujours avoir raison et de ce fait, elle ne se remet pas en question ce qui déstabilise son entourage en permanence.

- **la schizophrénie** : ce terme vient du mot « schizein » qui signifie : couper, déchirer, et « phren » : cerveau.

Elle débute le plus fréquemment à l'adolescence et comporte différentes manifestations cliniques qui peuvent affecter l'intelligence, l'affectivité et la psychomotricité.

On constate un effondrement brutal ou progressif des rapports du sujet au monde, une altération de la communication avec autrui, un sentiment d'étrangeté, de bizarrerie, l'impossibilité de contenir son angoisse.

La perte du contact avec la réalité, le repli sur soi, l'isolement : le sujet schizophrène peut avoir des hallucinations, des crises de nerf, des attitudes agressives. Cela peut aller jusqu'à des tentatives de suicide.

Cependant, certains de ces traits cliniques peuvent apparaître transitoirement chez des sujets sans que cela signe une schizophrénie avérée.

- la psychose maniaco-dépressive ou « troubles bi-polaires »

Enfin, la psychose maniaco-dépressive nommée actuellement « trouble bi-polaire » est nommée ainsi parce que le sujet passe d'un état dépressif à un état euphorique dit « maniaque » de manière cyclique. Généralement, l'épisode dépressif est plus long que l'épisode maniaque. Pour le sujet, la phase dépressive est caractérisée par une tristesse profonde, une auto-dévalorisation, un ralentissement du geste, de la mémoire, de la parole et d'une grande douleur morale. Cet effondrement dure un temps variable selon les sujets et il se résoudra souvent par le mouvement inverse dit « mouvement maniaque » vécu dans l'excitation, l'agitation psycho-motrice, la fuite des idées, les jeux de mots, un débit verbal et gestuel excessif, des dépenses ruineuses et inconsidérées.

La physiologie est modifiée : absence de fatigue malgré la perte de sommeil. Bref, pour le sujet en phase maniaque, tout est possible. Le diagnostic de cette pathologie est important car il existe des traitements adaptés qui favorise une régulation de l'humeur.

On le voit, **la psychose** peut revêtir diverses formes et chaque sujet psychotique y réagit de manière singulière. Par conséquent, il n'est pas question de définir une approche globale. Chaque personne psychotique requiert une observation personnalisée et un accompagnement « à la carte » au cas par cas. Cependant on peut dégager quelques grandes lignes :

Un sujet psychotique peut « **prendre le mot pour la chose** ». Exemple du petit garçon « délaissé » : un soir, un petit garçon ne voulait pas quitter sa classe spécialisée. Devant son refus insistant, l'institutrice sort et attend un moment derrière la porte après lui avoir dit : « bon, alors je te laisse ». Comme elle n'entendait rien, elle ouvre la porte et voit le petit garçon sur le bord de la fenêtre. On peut se demander si dans ce « je te laisse » il a entendu « je te laisse tomber », et qu'il le met en acte « pour de vrai » comme disent les enfants.

Par ailleurs, d'une manière générale, **il est difficile de demander à un sujet psychotique ce qu'il désire puisqu'il est dépendant du désir de l'Autre**. Il est donc malaisé de construire avec lui un projet individualisé sans tenir compte de cette caractéristique.

Et il n'a pas forcément la notion d'autorité ; obéir à une consigne peut représenter une grosse difficulté pour lui. Aussi, par exemple, au lieu de lui demander d'aller chercher un objet dans l'atelier, on pourrait dire à la cantonade : « qui veut aller chercher tel objet ? » ce qui l'inciterait plus facilement à agir sans être directement sollicité.

Cependant, comme nous tous, ces personnes vivent en société et c'est les respecter que de **les inciter à observer les codes sociaux, les règles de vie** qu'ils peuvent méconnaître ou refuser. Parfois, ils les apprennent sans les comprendre.

Exemple, le téléphone portable et l'intimité : une jeune femme n'admettait pas que ses collègues de travail soient gênés par les conversations téléphoniques intimes qu'elle avait en leur présence avec son copain.

D'autres sautent au cou d'inconnus dans la rue et ne comprennent pas que leurs accompagnateurs ne soient pas d'accord avec eux. Bien souvent, les sujets psychotiques n'ont **pas conscience de leur corps dans sa globalité**. Ils peuvent avoir la sensation d'un **corps morcelé**. Comme si leurs jambes et leurs bras étaient détachés de leur corps. Certains ne sentent pas la douleur. (Par rapport à des blessures ou des brûlures notamment.)

Ils ont souvent des difficultés **à se repérer dans le temps et l'espace**. De ce fait, un rappel régulier (qui peut vous sembler répétitif) de ce qui va venir dans ces deux dimensions les sécurise. Ils ont besoin de retrouver des repères stables. Parfois, des crises de violence s'apaisent lorsqu'on observe qu'elles apparaissent plutôt dans les moments de transition.

Ils ont du mal à anticiper une situation, à attendre que l'éducateur soit disponible pour répondre à leur demande : « tout, tout de suite, ici, maintenant... » (C'est d'ailleurs une caractéristique fréquente chez les sujets immatures). Difficile de supporter une frustration et de remettre à plus tard un souhait. Certains ont des **rituels** qui peuvent devenir très agaçants pour les observateurs, pourtant, ils en ont besoin et les abandonner sous la contrainte peut déclencher des crises de violence.

Ils somatisent très peu, voire pas du tout (ils sont rarement enrhumés par exemple.)

Hyper sensibles, n'avez-vous pas remarqué que ces personnes perçoivent mieux que nous de quelle humeur nous sommes en arrivant auprès d'elles ? Inutile de « faire semblant » avec elles...

Leurs capacités intellectuelles sont très variables, ils peuvent développer une spécialité de manière remarquable. Certains se présentent avec une déficience intellectuelle et apprennent à lire et à écrire, en

cache, sur un ordinateur hors d'un regard déstabilisant. A la fois le regard de l'autre peut les perturber et en même temps la solitude les terrifie.

Donc, tout apprentissage exige une adaptation singulière à toutes ces manifestations.

Trois axes sont souhaitables : des médicaments bien dosés jusqu'à ce qu'ils puissent s'en passer et qui peuvent en apaiser certains, un accompagnement psychologique et le soutien contenant régulier de l'entourage.

A propos de la perversion

Le sujet pervers, habituellement, cherche la satisfaction sexuelle autrement que par l'acte sexuel dit « normal ».

Les grandes manifestations de la perversion sont : le voyeurisme, l'exhibitionnisme, le fétichisme, certaines attitudes masochistes ou sadiques.

Le sujet pervers n'est pas psychotique, cependant pour lui, la Loi Symbolique est vacillante. Il n'est pas certain de sa position sexuelle.

La population vieillissante

Une autre partie de cette population de plus en plus âgée est confrontée à des ralentissements physiques et de la pensée et à des motivations altérées pour le travail.

Ces sujets se retrouvent souvent très seuls à l'âge de la retraite : leurs parents sont décédés ou trop âgés pour continuer à les accompagner chez eux, leur fratrie parfois éloignée pas toujours disposée à s'occuper d'eux.

Par ailleurs, vivant rarement en couple, étant rarement parents ou grands-parents ils n'ont pas cette source d'équilibre affectif.

D'où la possibilité d'orientation vers un foyer proche d'un ESAT ou vers des maisons de retraite ordinaires ce qui demande réflexion : en effet, qu'en est-il de l'adaptation à ces établissements de personnes porteuses d'un handicap ?

De toute façon, un changement de structure ou d'habitat peut constituer une rupture, vécue comme un arrachement, qui peut suffire à déterminer un processus de vieillissement précoce s'il n'est pas suffisamment préparé.

Un arrêt prématuré, ou mal préparé d'une activité professionnelle ou autre peut avoir des conséquences négatives sur l'équilibre de ces personnes.

D'où la nécessité d'une adaptation progressive, réfléchie et collective à ces changements de comportement qui posent problème vis à vis de l'activité des ateliers. Comment observer ces personnes d'une autre place pour développer avec elles des activités différentes ? Pour lutter contre des phénomènes d'ennui, de repli sur soi ? Comment détecter des potentiels différents et qui « dorment » peut-être chez ces personnes ?

Comme nous tous, les personnes handicapées qui avancent en âge ont besoin d'aimer, d'être aimées d'avoir des projets adaptés à leurs capacités, de se sentir acceptées comme elles sont en train de devenir, de s'exprimer avec les moyens qui sont les leurs : alors, leur désir de vivre continuera à s'exprimer, garant d'une fin de vie plus sereine.

II- Comment approfondir l'observation des ouvriers en ESAT pour mieux accompagner leur projet individualisé ?

Pour les plus jeunes, la notion de handicap « leur tombe sur la tête », lorsqu'ils sortent du milieu scolaire ordinaire. De ce fait, leur accompagnement en institution avec ses contraintes, ses rythmes et la vie en collectivité, pose de multiples questions. Ils sont souvent capables d'accomplir le travail qui leur est proposé sur le plan cognitif sans pour autant pouvoir aller au bout d'une tâche.

Parallèlement, la transformation progressive des exigences par rapport au travail présenté aux ouvriers des ESAT peut engendrer divers comportements de la part des éducateurs techniques. (Il s'agit notamment des prestations de service en relation directe avec les clients comme la restauration ou la blanchisserie qui sont astreintes à des horaires très rigoureux de livraison par exemple.)

Face à ces contraintes, on observe diverses possibilités :

Certains ouvriers habitués à une tâche l'accomplissent fort bien mais peut-être au détriment d'une ouverture sur d'autres tâches accessibles à leurs capacités mais qui exigerait de la part des moniteurs un temps d'apprentissage au détriment du rendement.

Il arrive aussi que des moniteurs d'atelier s'appuient sur les ouvriers particulièrement fiables : certains d'entre eux pourraient parfois être intégrés en milieu ordinaire du fait de leurs capacités acquises en ESAT justement, mais ils peuvent y être maintenus comme des « aides éducateurs ».

En outre, il arrive que des professionnels soient contraints de terminer eux-mêmes une tâche du fait de l'instabilité, de l'absentéisme, de la lenteur ou de la maladresse de certains ouvriers qui de ce fait perturbent le fonctionnement d'un atelier. Les éducateurs, en terminant eux-mêmes une tâche, ne risquent-ils pas de délaisser momentanément ces ouvriers en difficulté et qui auraient justement besoin d'une aide individualisée spécialement ce jour là ?

Comment s'y prendre ?

Ces exemples montrent la complexité des relations individuelles dans le groupe auxquelles les moniteurs sont confrontés quotidiennement.

La question est de savoir comment gérer les relations affectives plus ou moins fortes, plus ou moins envahissantes, qui s'établissent entre eux et les usagers ?

En termes psychanalytiques, nous dirons que ce sont des **relations transférentielles et contre transférentielles** et il importe de les prendre en compte dans une observation quotidienne.

Dans le terme « **transfert** » il y a la notion de « déplacement » d'une personne à une autre. **Le transfert**, dans le travail social, est l'ensemble des liens affectifs qui s'élaborent entre les usagers et les professionnels. Il se manifeste dans le rapport avec quelqu'un à qui l'on parle. Il est inconscient, ambivalent comme tout attachement affectif. Il reflète les positions affectives que le sujet avait établies avec ses parents, sa famille, ou les personnes qui se sont occupées de lui dans son enfance. A son insu, il reproduit les mêmes comportements affectifs vis à vis des professionnels, de manière répétitive. Par exemple, s'il a été maltraité ou s'il a eu le sentiment d'être abandonné, il va tout faire inconsciemment pour l'être à nouveau.

En effet, dans le transfert, il arrive qu'un sujet répète quelque chose qui a trait à une sorte de « jouissance » inconsciente pathologique, incontrôlable, qu'il peut supporter très longtemps bien que, paradoxalement, ce soit douloureux pour lui. Il rejoue ainsi tous les modes possibles des positions affectives du passé, des souffrances, des frustrations, des inhibitions, des passions, dans lesquelles il semble « pris » depuis toujours.

La relation qui s'établit avec un professionnel est bien une répétition du passé mais avec un déplacement car il s'agit là d'une nouvelle relation, avec une nouvelle personne mais avec des liens affectifs véritables et toute leur complexité, que le sujet s'efforce de maintenir à tout prix.

Les relations avec des professionnels peuvent être créatrices et avoir des effets thérapeutiques s'ils adoptent une réponse différente à ces manières d'être qui appartiennent au passé pour l'usager.

Le contre transfert, lui, est l'ensemble des affects qui s'élaborent entre les professionnels et les usagers. **Ce sont les réponses inconscientes aux sollicitations transférentielles inconscientes des usagers vis à vis des personnels.** Le nommer ainsi est un terme conventionnel puisque tous les deux ont une source identique : l'inconscient. Mais, du fait qu'il s'agit de situations professionnelles, les deux protagonistes ne sont pas dans une position symétrique : le personnel est payé pour accompagner les ouvriers.

Pourtant, les professionnels peuvent se trouver provisoirement délogés de leur place par un usager. En effet, il est des scènes où l'usager perturbe tellement un moniteur ou un éducateur, que celui-ci se trouve comme « pris » dans cette situation vis-à-vis de laquelle il n'a plus aucun recul. Ceci peut susciter de manière inattendue soit des attitudes de sidération, d'inhibition voire de colère, des sentiments d'impuissance, soit des sentiments trop tendres, donc inopportuns. Cela peut également engendrer des fantasmes, des dires, voire des passages à l'acte qui dépassent largement la situation, avec l'impression d'être devenu le « jouet » de l'usager en question.

Comment gérer ces affects que provoquent les usagers chez les professionnels ?

Que faire des phénomènes d'usure fréquents chez les professionnels qui travaillent depuis très longtemps auprès de ces populations qui parfois semblent stagner ?

Dans les institutions, bien souvent, la dimension « affective », donc subjective, est censurée (à juste titre s'il s'agit de résonances personnelles donc intimes pour le professionnel, car l'institution n'est pas le lieu pour les traiter directement). Pourtant, chacun a fait l'expérience que tout au long de leur prise en charge, les usagers du secteur social repèrent là où les personnes des équipes avec lesquelles ils tentent inévitablement et inlassablement de retrouver le type de liens affectifs qu'ils avaient noués dans leur enfance (parfois ils arrivent à se faire rejeter par toute une équipe professionnelle).

Afin de prendre du recul, il peut être efficace d'isoler un petit fait « **dérangeant** », perturbant, dans lequel le professionnel est impliqué et qui suscite toutes sortes d'affects qui vont du trop proche au plus

angoissant, voire rejetant. Ces « petits riens » se manifestent en interaction entre soi et l'autre dans une relation duelle. Ils me semblent révélateurs d'une communication inconsciente entre usagers et professionnels. Ils se montrent enrichissants si on les isole en tant qu'objets d'observation.

Au cours du déroulement de ce « petit rien » la pensée est comme « suspendue », figée ; le professionnel momentanément, n'a plus la distance voulue pour accomplir son travail normalement. Il est comme « pris » dans un « piège » d'où il a l'impression de ne plus pouvoir sortir. Quelque chose se répète de manière parfois compulsive dans la relation qui l'empêche d'être tout à fait aussi vigilant à ce qui se passe entre lui et l'ouvrier.

Prendre le temps de réfléchir, d'écrire pour soi spontanément à propos de ces petits faits, en parler à une personne disponible : un collègue, un chef d'atelier ou de service, un psychologue mais aussi l'équipe permet d'évaluer soi-même où on en est. Cela donne souvent une autre vision de la scène en question et favorise une autre perception de l'utilisateur concerné.

Etre écouté sans jugement de valeur, sans être interrompu, soulage. Il peut sortir de ces échanges des suggestions, des ouvertures et après coup des réactions « **surprenantes** », inattendues de la part des usagers.

De toute façon, il me semble opportun de ne jamais rester seul dans une situation duelle compliquée voire déstabilisante avec un usager.

Les ESAT ont des ressources potentielles à l'intérieur et à l'extérieur pour les aider : le personnel de soutien, les médecins généralistes, les services de psychiatrie, CMP, dispensaires, le planning familial, des psychologues ou des psychanalystes à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure...

Le médecin du travail, auquel on ne pense peut-être pas suffisamment, pourrait-il être un partenaire ?

Qu'en est-il d'un groupe d'analyse de la pratique professionnelle ?

Autant d'instances tierces qui permettent de prendre de la distance.

Ces populations aux âges et problématiques très variés compliquent manifestement leur accompagnement. A leur arrivée en ESAT, une observation pluridisciplinaire avec des traces écrites synthétiques, accessibles par les ouvriers et par toutes les catégories professionnelles ne pourrait-elle pas constituer la base de la construction du projet individualisé de chaque usager comme l'exige la loi ? Cela pourrait-il être l'occasion de déterminer ensemble quel projet à court terme dans un premier temps, quelles seraient les priorités pour cet usager là, à ce moment là ?

« **Exemple du manteau** ». Un jeune agaçait un moniteur car il refusait de retirer son manteau en arrivant le matin. L'équipe pensait qu'il était temps pour lui de vivre en foyer car sa mère le surprotégeait. L'observation de « ce petit rien » a permis de se rendre compte qu'il y avait urgence de travailler en premier avec cette femme qui n'était pas prête à se séparer de son fils.

Cette démarche ne devrait-elle pas permettre à chaque ouvrier de mieux se connaître lui-même, de mieux connaître ses compétences, ses potentialités et « faire un peu mieux » avec son handicap ?

A partir de là, comment les moniteurs d'atelier, notamment, peuvent-ils proposer, inventer, créer s'adapter à des comportements pas toujours adaptés ? Ne pourraient-ils pour cela s'appuyer sur les propositions individuelles de chaque usager et/ou de ses propres observations ou de celle du groupe ?

Comment associer observation, innovation, évolution, et production ?

Exemples cliniques :

« L'espace en jaune ».

- Dans un atelier, un moniteur, après une longue observation d'un ouvrier psychotique instable, qui perturbait constamment ses collègues a eu l'idée de délimiter son **espace en jaune** sur le sol dans l'atelier. Cela a stabilisé cet homme. Plus tard, progressivement, il a pu changer de place sans ce repère qu'il avait dû intérioriser.

« Le rocking chair ».

Un moniteur d'espace vert a eu l'idée pendant l'hiver de proposer la construction d'un **rocking-chair** à partir de fauteuils cassés. Un des ouvriers particulièrement instable et déranger ses collègues a investi ce rocking-chair, le balancement semble avoir atténué son angoisse.

« Le spécialiste de la taille¹ »

Toujours en espace vert, un ouvrier particulièrement instable s'échappait souvent, il « se taillait ». L'équipe a observé qu'il se blessait, « s'entaillait » fréquemment... A partir de sa demande de travailler « dans la taille », peu à peu il est devenu le **spécialiste** de cette activité, ce qui lui a donné une plus grande confiance en lui et une forme de sérénité dans son travail après une longue période de

¹ D'après l'article de F. Canto, F. Martin, C. Menadier, B. Richard, F. Simoës, in *Pratiques en santé mentale*, n° 4, 2004

tâtonnement. Ce terme « taille » avait un lien direct avec son histoire (entre autre, il avait été séparé de son frère jumeau).

« Le gant de toilette ».

Un résident psychotique ne supportait pas de se laver le visage. Un professionnel a eu l'idée de lui proposer un **gant de toilette** : depuis, il se lave le visage sans problème... Le contact avec sa peau lui faisait peur ?

Cet exemple m'incite à évoquer un problème qui n'est pas central en ESAT mais que j'entends souvent en formation : **qu'en est-il de l'absence de soin du corps** pour certains usagers qui sentent tellement mauvais en arrivant le matin à l'atelier que tout le monde a tendance à les fuir ??? (Le problème est le même dans les foyers : il s'agit d'adultes et on ne sait pas comment intervenir au sujet de cet espace intime avec eux.)

Comment inviter ces personnes à se soigner, à se prendre en charge ? Probablement pas en leur donnant des ordres...

Comment vous adressez-vous à cette personne dans ce cas là ?

La vouvoyez-vous ? La tutoyez-vous ?

Est-ce qu'on ne pourrait pas lui signifier par exemple : « je suis un peu gêné par votre odeur ? Le savez-vous ? Comment pourriez-vous faire ? »

Une éducatrice disait à un résident : « Oh, votre chemise sent très mauvais ce matin ! » ce qui mettait une distance, une forme de pudeur...

Comment inciter ces usagers à trouver eux-mêmes des manières à eux de prendre en charge ces soins du quotidien ?

Je me demande si parfois, il ne serait pas judicieux de faire appel à un personnel para-médical : Aide soignant ? Infirmière ? AMP ? pour, provisoirement, accompagner sous forme de soin individualisé ce « laisser aller », qui serait peut-être comme un « laisser tomber » de sa propre personne ?

Question : **Les professionnels de soutien** ont-ils toujours suffisamment de temps et de moyens pour accompagner les ouvriers en cohérence et en complémentarité des moniteurs d'atelier et des éducateurs techniques ? Sur un autre mode, avec d'autres manières d'approche ?

Toutes ces questions exigent beaucoup de temps et de patience afin d'établir des liens de confiance et finalement susciter de nouvelles positions, et l'acquisition de nouvelles connaissances pour les ouvriers, n'est-ce pas ?

Comment inviter ces personnes à « élargir le cercle de leur vie » ? Comment s'y prendre pour que l'atelier devienne un lieu où s'établissent des liens familiers ? Démarche d'appropriation individuelle de cet espace collectif, à travers le sentiment d'appartenance au groupe de travail ? Il me semble que le groupe peut avoir un effet de « contenant » apaisant et de ce fait avoir des effets thérapeutiques pour certains usagers.

Un ouvrier à qui l'on confie un travail précis en fonction de ses capacités ne se responsabilise-t-il pas mieux par rapport à son travail ? Occasion de montrer sa propre valeur ?

Vis à vis des plus démunis, n'y a-t-il pas la tentation de les laisser face à la même tâche répétitive qu'ils accomplissent fort bien mais au détriment de leur développement individuel et d'un projet individualisé plus riche ?

Qu'en est-il des **dossiers** de chaque ouvrier ? Quels renseignements y trouve-t-on ? Qui y a accès et pour quoi faire ? Sans entrer dans les détails qui relèvent de l'intimité d'une famille en particulier, il me semble qu'ils pourraient donner des repères concernant l'histoire de chaque usager, ses caractéristiques, sa pathologie, son parcours institutionnel et scolaire ce qui favoriserait sa connaissance et donc son accompagnement. En formation, je constate que les éducateurs en général ont des connaissances relativement floues de l'histoire des usagers :

Exemple d'un jeune qui ne se lavait pas : il avait passé toute sa vie avec son père dans une cabane avec un sol en terre battue, sans eau courante. Que représentait une douche pour lui ?

Et cette jeune fille schizophrène à qui un éducateur s'évertuait à redire, non sans un certain énervement, qu'elle n'avait pas de sœur : consultation de son dossier : **elle avait bel et bien une demi sœur** ! (De l'art de rendre l'autre un peu plus fou !)

Par ailleurs, j'ai souvent remarqué que **les diagnostics** sont très imprécis dans les dossiers ce qui ne facilite pas l'accompagnement spécifique de chaque usager. La présence d'un psychiatre pour poser un diagnostic ou la présence de psychologue pour un regard clinique à partir des observations pointues de tous les professionnels seraient indispensables, malheureusement il semble que ces spécialités soient souvent manquantes dans ces structures d'adultes.

CONCLUSION

Pour une personne ordinaire, **le travail** permet à un individu, grâce au salaire qu'il perçoit, d'être indépendant par rapport à sa famille et à la société et au mieux il est source d'épanouissement personnel. Schématiquement, cela suppose l'acceptation des contraintes à des règles sociales.

Et les **travailleurs handicapés**, quelle place, quel investissement accordent-ils dans leur vie au travail ? Pour eux, le travail peut aussi être source de revenus qui leur permet de s'inscrire dans la société. Pour d'autres, le travail est plutôt source de liens sociaux, lieu d'épanouissement. Pour d'autres encore, il peut être contrainte et ne revêtir aucun sens.

Mais, comme beaucoup d'entre nous, la majorité accordent beaucoup de place à leur vie personnelle : recherche d'un épanouissement amoureux et sexuel, gageure de la réalisation de soi. Des couples se forment dans les ESAT, parfois cela complique la marche d'une activité mais cela n'est-il pas source d'équilibre ?

Où peuvent-ils trouver d'autres sources d'équilibre ?

Dans toutes sortes d'activités sportives et culturelles ?

Mais aussi dans l'écriture, la poésie, l'expression théâtrale, les contes ?

Ceux qui éprouvent des difficultés à mettre en mots ce qu'ils ressentent, bénéficient-ils de lieux d'expression tels que : musique, chant, danse, peinture, terre, tout mode d'expression non verbal qui les apaise également ?

Il me semble que bon nombre de personnes handicapées ont des capacités artistiques qui ne demandent qu'à s'exprimer. Qu'en pensez-vous ?