

# Le travail est-il un soin ?

## Introduction

Quand j'ai proposé ce titre à mon exposé, "**Le travail est-il un soin ?**", je n'avais pas trop fait attention à ce que je disais ; mais c'est justement lors d'un lapsus, la langue qui fourche, la phrase qui jaillit spontanément, que quelque chose se dit, à ce moment de sa propre vérité. Vous savez bien quelquefois on est étonné ! On n'avait pas trop envie de s'exposer, eh ! bien c'est fait : pour ceux qui me connaissent, moi qui travaille encore alors que je suis retraitée, ils ne seront pas étonnés que j'ai lancé cette phrase. Parce qu'évidemment, pour moi, vous comprenez que le travail est un soin.

Il n'y a pas que des motifs intimes et personnels qui me font dire ça . Il y a aussi ce que j'ai observé tout au long de ma carrière de psychiatre des hôpitaux, au cours de laquelle, en particulier, j'ai travaillé à l'ESAT de Châteauneuf d'Ille et Vilaine, très récemment encore.

Pour illustrer mon propos je voudrais vous faire part de **trois images, trois scènes** où se trouvent figurer des travailleurs handicapés (les pauvres : quelle appellation !, d'ailleurs maintenant on dirait : handicapés psychiques).

\* La plus récente c'est en fin d'après-midi à l'ESAT de Châteauneuf : ces travailleurs qui revenaient de l'atelier espaces verts, en habit de travail, suant, fatigués à la fin de leur journée. Ils s'installaient en face de moi, dans le bureau et là ils me faisaient la confiance de me parler de leur *délire* . Toute la journée ce délire avait été là, puisqu'il fait partie d'eux, mais ce n'était pas le moment de l'exprimer, alors ils n'en parlaient pas . En face du psychiatre ils se le permettaient, normal ! Ils déposaient ce qu'ils avaient de plus précieux, ils le déposaient dans mes notes de leur dossier, ils le laissaient en partant tranquillement, sachant qu'ils le retrouveraient, que je le garantissais. Ils allaient ensuite vivre leur vie : prendre une douche, voir leur éducateur, parler avec leur infirmier et demain ils retrouveraient leur moniteur à qui ils savaient gré de ne pas leur poser de questions, en qui ils avaient confiance et ils reprendraient leur travail qui semblait si bien leur convenir.

Et je me disais : Freud avait bien raison de dire qu' « *ils tiennent à leur délire plus qu'à leur propre vie* ». Et à l'ESAT de Châteauneuf c'était respecté.

C'est la première image qui m'émeut toujours.

\* La deuxième image, c'est au début de ma carrière . J'étais interne en 1968 dans un très grand asile de la région parisienne . Il y avait là une colonie de « travailleurs dits tranquilles ». Je les voyais partir le matin, dans la lumière de l'hiver, avec leur cape de drap, leurs sabots, leurs outils de paysan sur l'épaule. Ils formaient une longue cohorte, à la démarche lourde de la neuroleptisation, et je voyais les volutes de leur haleine qui se perdaient dans le froid. C'est vraiment une grande tristesse pour moi d'y repenser : ces corps asservis, dominés, dont on se servait de la force de travail pour faire fonctionner la ferme de l'hôpital . Mais je me dis, pour adoucir les choses, qu'il y avait quelques infirmiers avec eux, que je suis sûre qu'entre tous ces hommes il y avait des moments d'humanité.

On peut dire que c'était là de l'ergothérapie avec un sens perverti. Et me revenait la critique de l'asile de M. Foucault : « *tout système disciplinaire tend à être une occupation du temps, de la vie et du corps de l'individu* ».

\*La troisième image qui me vient c'est celle, non pas de malades travailleurs, mais d'infirmiers psychiatriques ergothérapeutes. Là, le service d'ergothérapie avait été bien pensé à l'origine. Un psychiatre l'avait créé avec son équipe. C'était en 1970, on avait des moyens, la direction avait suivi, il y avait eu un esprit d'émulation, de dynamisme, de confiance en cet outil de soins qu'était le travail, pour des malades qu'on respectait et dont on aimait prendre soin.

Et puis le psychiatre était parti et les ergothérapeutes qui, dans le lien qu'ils avaient avec lui, avaient été tellement mobilisés, se sont retrouvés seuls. Ils avaient fait confiance à un chef, ils ne s'étaient pas autorisés à penser par eux-mêmes. Arrivant pour remplacer ce chef de service, je les ai trouvés démunis, déprimés, blasés, raidis dans leur routine. Les ateliers, pourtant bien équipés, fonctionnaient de façon caricaturale. L'ergothérapie était prescrite comme un médicament chimique. On ne suivait pas l'évolution des malades dans leur singularité.

Et là, je me suis dit : « s'il n'y a pas une pensée qui soutient nos actions, si on ne s'autorise pas à aller réfléchir ailleurs pour la nourrir cette pensée, si on ne s'interroge pas avec les autres sur le sens de ce qu'on fait, ça ne va pas ».

Comme dit J.Oury : « si on ne se pose pas la question tous les jours : "qu'est-ce que je fous là ?", eh ! bien ce n'est plus du travail », c'est de la routine ; on en arrive à ne plus être fier de ce que l'on fait. On n'en trouve plus le sens car on ne se donne pas les moyens de penser ce que l'on fait.

Hanna Arendt dit : « Il s'agit là de réflexion, et l'irréflexion me paraît une des principales caractéristiques de notre temps. Ce que je propose est donc simple : rien de plus que de penser ce que nous faisons ».

## **Un soin**

*Care* renverrait à soin, *Cure* à traitement. Il y a un écart entre soin et traitement. La médecine hippocratique avait mis le soin au cœur de la médecine. Le soin, à ce moment c'était 2 choses :

- l'attention à l'effort spontané de guérison de la nature (confiance en la nature)
- le souci du malade considéré dans son individualité (sa subjectivité est prise en compte).

Le thérapeute à ce moment est l'ami et le serviteur de la nature, l'ami et le serviteur du malade.

Il y a deux racines au mot soin (A. Rey) : nécessité- besoin et souci- chagrin.

À l'origine, donc, l'acte de soigner référait au corps dans ses aspects matériels, voire prosaïques et contraignants. En même temps, le soin revêtait un sens psychologique puisqu'il désignait le souci, la préoccupation pour le corps et ses besoins.

Avec l'émergence de la *médecine scientifique* on a assisté au désintéressement de la part de la médecine pour le corps souffrant et par conséquent pour le soin. En effet cette médecine multiplie les médiations qui l'éloignent du corps (analyses biologiques, imagerie médicale) et elle finit par se couper et se priver du corps lui-même du malade.

*Le soin, c'est donc une attention particulière portée à l'autre en s'adressant de manière empathique à sa vulnérabilité et à sa dépendance.*

Le *care* prête attention à ce à quoi la personne prête attention, à ce qui a de la valeur **pour elle**, contrairement au *cure* qui rendrait le malade le plus proche possible d'une norme : une moyenne collective. Au contraire, la philosophie du soin c'est le considérer comme participant à l'individuation du patient . Elle encourage ce dernier à assumer dans la maladie et le traitement la part d'activité qui lui est propre et à mener une vie qu'il jugera *normale de son propre point de vue*.

Ce soin, pour moi, c'est un accompagnement *le temps qu'il faudra*, dans un pacte tacite entre soignant et soigné. Mais notre culture comprend souvent mal la longueur de ce temps. En conclusion, le soignant, dans ce combat que le soigné mène pour atteindre une normativité décentrée par rapport à la norme sociale (qui serait la moyenne collective) serait le *thérapon* grec, c'est-à-dire le second au combat, qui a confiance en le premier : celui qui lutte pour cette normativité (cf : Davoine et Gaudillière-Histoire et trauma).

### **Le travail**

« *Ce que nous appelons travail est une invention de la modernité. La forme sous laquelle nous le connaissons, le pratiquons et le plaçons au centre de la vie individuelle et sociale, a été inventée puis généralisée avec l'industrialisme* » (André Gorz –« métamorphoses du travail »).

C'est au regard de cette définition qu'on peut dire qu'actuellement *le travail est un intégrateur social*.

Le travail n'a pas toujours eu ce sens. Dans l'antiquité, en effet, il y avait deux catégories d'hommes :

- ceux qui accomplissaient les besognes destinées à la satisfaction des besoins vitaux, ce qui était vu comme une occupation servile qui loin d'être considérée comme un intégrateur social était plutôt un facteur d'exclusion.
- les autres, ceux qui avaient pour seul intérêt la place publique, la gestion de la vie dans la polis (la cité) et du bien public étaient libres par rapport à ces besognes dites serviles qui excluaient de la citoyenneté

« *La sphère privée, celle de la famille, se confondait avec la sphère de la nécessité économique et du travail, tandis que la sphère publique, politique était celle de la liberté* » (A.Gorz)

Si on se place toujours sur le plan historique, le sens du mot travail a évolué. Au 12<sup>e</sup> siècle, il évoquait l'idée de tourment, souffrance physique, voire de torture ; cf : les douleurs de l'enfantement (travail de l'accouchement, salle de travail).

C'est au 13<sup>e</sup> siècle qu'il signifie la peine prise à l'exercice d'un métier, source de revenus.

Dans l'acception actuelle, et ce qui fait qu'il peut être dit *intégrateur social*, le travail « sur lequel se fondent la cohésion et la citoyenneté sociales n'est pas réductible au travail en tant que nécessité pour l'homme de produire sa subsistance ».

Non, « la caractéristique du travail que nous avons, que nous cherchons, que nous offrons c'est d'être une activité dans la sphère publique, demandée, définie, reconnue utile par d'autres et, à ce titre, rémunérée par eux ». Le travail socialement rémunéré est le facteur le plus important de socialisation, c'est pour ça que la société industrielle se comprend comme une « société de travailleurs » et à ce titre se distingue de toutes celles qui l'ont précédée.

*Parlons de la souffrance au travail* (préoccupation éminemment actuelle). On aurait pu penser il y a quelques décennies que, confronté à la réalité d'un chômage structurel et non plus accidentel, le corps social aurait pu faire évoluer ses représentations. Or, il ne semble pas avoir beaucoup évolué justement dans ses représentations, *il continue à faire de l'emploi, même si la souffrance au travail est partout reconnue, l'idéal de toute insertion sociale.*

*Pourquoi nous travaillons ? Plaçons-nous sur le plan de notre économie psychique.*

Freud a dit que « *aucune autre technique pour conduire sa vie ne lie aussi solidement l'individu à la réalité* ».

Pour les personnes psychotiques qui ont beaucoup de difficultés justement dans ces rapports avec la réalité (puisqu'elles vont jusqu'à se construire une néo-réalité délirante), la question du travail ne sera pas simple. Il y a une caractéristique qu'il faudra prendre en compte chez elles : elles n'ont pas intériorisé les idéaux que les névrosés ont fondamentalement intégrés. Si bien qu'elles vont plutôt se construire sur ce que l'on appelle un « faux self », se confectionner une identité d'emprunt à usage social normatif.

Mais il ne faut pas perdre de vue que quand le psychotique fait une demande de travail, il ré-interroge obligatoirement ses modèles parentaux, il commence à élaborer une historicisation pour lui-même, lui qui n'est pas inscrit dans une filiation. C'est vraiment là que l'on peut dire qu'on se sert du travail comme d'un outil, comme on se sert d'un appartement thérapeutique (non comme d'un logement) pour « tricoter » des relations avec ce sujet pour qui l'autre n'existe pas.

*J'y reviendrai, car pour moi c'est fondamental, le travail ne peut être vu que comme un outil et non comme une fin en soi.*

Toujours dans la même idée de se servir du travail comme d'un outil, on peut dire que l'on va mettre à profit les conflits que le travail fait surgir. Ils vont « fournir l'occasion d'une manifestation socialisée et exprimable ». En effet, par là le travail « constitue de lui-même un tiers médiateur indispensable à l'évolution du dépassement et aux changements de plans où ces conflits peuvent prendre racine et se manifester ».

Toutes ces données ont été jusqu'ici sur le registre symbolique. Examinons maintenant un autre aspect de la question sur laquelle je reviendrai largement, quand je vais parler du travail thérapeutique prôné par la psychothérapie institutionnelle : *c'est du travail vivant, c'est de l'engagement du corps dans le travail.* Car travailler suppose un rapport prolongé entre le corps et la matière (outils-objets techniques). Il y a l'éprouvé du corps qui se trouve confronté à ce qui résiste à la maîtrise. Le travail représente ainsi une épreuve du monde, mais aussi une épreuve de soi chez ce sujet qui opère des transformations du monde en produisant des liens et des services. C'est une façon d'expérimenter son corps et l'affectation du corps mobilise le travail de la pensée.

Imaginons ces effets chez les personnes psychotiques qui n'ont pas de limite à leur corps, qui n' « habitent » pas leur corps...

On voit que le travail n'est pas utile pour chacun de la même manière. Ainsi, dans la satisfaction d'être admis en ESAT, la notion d'être admis à s'éprouver peut être plus importante que la reconnaissance sociale d'être travailleur

## ***Ergothérapie (traitement par le travail)***

Je sais que la plupart des institutions où vous travaillez ne sont pas spécialisées dans l'accueil des malades mentaux, mais de même que je parle du sujet qui nous rassemble ici avec ma subjectivité, c'est-à-dire avec ce que je suis dans mon être, ma personne (comme je l'ai dit au départ ), je ne peux pas ne pas aborder, étant psychiatre, le travail par le biais de l'ergothérapie qui a été (et est encore) un outil de soins utilisé par la psychiatrie.

Vous serez d'accord avec moi (c'est pour ça que vous êtes ici) que d'entendre des gens qui ont un autre abord que nous sur un sujet que nous croyons bien connaître, ça nous ouvre des horizons. De croiser des idées venant de plusieurs champs, ça nous permet d'enrichir notre propre pensée et surtout d'en faire la nôtre propre. Car, et ceci est une parenthèse à laquelle je tiens, croire qu'il y a un SAVOIR tout fait et venir l'absorber, par exemple dans une conférence, pour le restituer tout cru ensuite, ne permet pas d'avancer dans notre propre réflexion et peut nous laisser dans la situation où lorsque celui auquel nous avons attribué le rôle de maître n'est plus là, situation où se sont trouvés les infirmiers ergothérapeutes que j'ai cités plus haut.

Ces précautions prises, c'est en tant que psychiatre que je vais vous parler de la pensée de **François TOSQUELLES** qui nous a ouvert des voies dans la réflexion qui nous occupe.

INITIATIVE et LIBERTE a-t-il prôné, aussi bien pour le soignant que pour le soigné : « ***La possibilité d'efficience soignante d'une activité ou d'un travail thérapeutique sera en relation directe avec la quantité d'initiative et d'activité propre que le malade pourra y faire jouer. Il en est de même pour l'infirmier*** » ("*Le travail thérapeutique en psychiatrie*" – 1967)

TOSQUELLES est un psychiatre catalan qui a fui l'Espagne, étant menacé de mort sous le régime franquiste. Il est arrivé en 1939 en Lozère. Accueilli à l'hôpital psychiatrique de St Alban, il a été l'un des pionniers de la psychothérapie institutionnelle. Ce mouvement profondément humaniste était un mouvement de désaliénation des hôpitaux psychiatriques, qui prônait la responsabilisation du malade aussi bien que celle de l'infirmier psychiatrique. N'oublions pas qu'à cette époque il s'agissait de gardien. Ce mouvement a dû sa fécondité à la qualité militante de plusieurs psychiatres engagés dans la résistance et aussi au *contexte historique* : les malades des hôpitaux psychiatriques (dont on sait que des milliers sont morts de faim en France pendant la 2<sup>e</sup> guerre mondiale) se sont retrouvés côte à côte avec les soignants dans une lutte pour la survie. On voit déjà que les relations précédemment en cours (dominants – dominés) dans les asiles ne pouvaient se reproduire dans ce contexte.

Je ne peux pas vous parler ici plus longuement de ce courant de pensée qui a utilisé les concepts psychanalytiques et a été à l'origine de la **psychiatrie de secteur** : on était dans la période d'après-guerre, période d'espoir, de mobilisation militante et dynamique.

Avant Tosquelles, en 1921, **Hermann Simon**, psychiatre allemand, avait mis en cause le fonctionnement de l'hôpital dans les troubles des malades mentaux, il avait parlé de « soigner l'hôpital » et surtout dans ses conseils de lutte contre l'inaction et le préjugé d'irresponsabilité du malade, il déclarait : « *il ne s'agit pas du tout de faire travailler les malades pour diminuer tel symptôme ou tel autre, il s'agit que l'institution saisisse sur le vif que les malades sont des être humains, toujours responsables de ce qu'ils font, ce qui ne peut être mis en évidence qu'à condition de faire quelque chose* ».

Notons que dans les pays anglo-saxons, *l'occupational therapy* était une technique de soins utilisée dès le début du 20<sup>ème</sup> siècle.

Pour Tosquelles, « la force de travail, la production », ces termes qui renvoyaient au « post-esclavagisme asilaire », n'étaient pas sa préoccupation. On peut dire qu'il a inventé des formules pour permettre aux patients de reprendre place dans l'auto-gestion relative de leur vie groupale et sociale.

Pour lui deux points sont essentiels pour qualifier le travail de thérapeutique :

- l'utilisation du groupe dans le travail : c'est donc la question de la socialisation (repreons les mots de l'anthropologue, *Maurice Godelier* : « *les hommes ne vivent pas seulement en société, ils produisent de la société pour vivre* »)
- la remise en jeu du corps par le travail qui nécessite une articulation corporo-psychique.

1) L'activité devient un **objet-lien** qui organise et désorganise le collectif sur le vif . C'est là que peut s'enraciner le sentiment de vivre la même histoire.

Tosquelles invente (ce qui doit exister maintenant dans vos institutions ) : **les clubs thérapeutiques**.

Rappelons qu'à ce moment les malades « bons travailleurs » avaient un pécule de base : valeur de 5 timbres-postes servant à l'affranchissement d'une lettre ordinaire, pour 8 heures de travail et un pécule complémentaire pour rétribuer l'effort fourni par le malade.

Tosquelles invente une façon légale de procéder, à la place du pécule : « mise en place de structures associatives, les clubs thérapeutiques, en appui sur la loi de 1901 ,parrainés par des comités hospitaliers, afin que les revenus provenant de la production des ateliers thérapeutiques échappent aux directeurs et puissent venir contribuer à un budget consacré aux loisirs des patients, à l'approvisionnement de leurs ateliers et à l'organisation d'une vie culturelle et sociale minimale . C'est de cette corrélation entre le comité hospitalier et un club thérapeutique que va naître la psychothérapie institutionnelle » (*P.Delion, intro le travail thérapeutique en psychiatrie*).

Il va changer les « projets esclavagistes » antérieurs des hôpitaux en « projets de soins » pour les malades mentaux.

2) « C'est en faisant des choses que l'homme se fait lui-même, d'autant que l'on ne peut pas faire quoique ce soit sans compter avec les autres. »

Quand Tosquelles parle d'activité : il ne s'agit pas de bougeotte, il ne s'agit pas non plus de mouvement entrepris, imposé ou proposé par l'autre que soi-même. Il ne s'agit pas d'un simulacre répétitif du travail civil... (*Y.Clot, post-face le travail thérapeutique en psychiatrie*).

Activité veut dire activité propre : activité qui part et s'enracine dans le sujet actif pour s'épanouir dans un contexte social.

Le sujet, psychotique en particulier, va tenter de ré-habiter son corps dans ce cadre institutionnel qu'on lui offre. Ce n'est pas la réhabilitation par le travail, mais la réhabilitation de la maison de son corps par quelqu'un qui en était parti (on sait que les psychotiques ont tellement de mal avec l'image de leur corps). Ces retrouvailles avec leur corps sont fondamentales pour Tosquelles : elles leur permettent de reprendre pied dans la vie quotidienne et cette reprise de la vie quotidienne leur permet de reprendre corps dans la vie psychique.

Notons, bien sûr, que le corps dont il est question ici : le corps agissant et vécu a peu de choses à voir avec le corps des planches d'anatomie.

Et Tosquelles a été plus loin encore, il s'est attaché à analyser le rôle de l'emploi des outils de travail : en prenant en compte les différents niveaux de complication, de qualité, de distanciation : toutes choses que vous, moniteurs, vous aussi avez été amenés à observer et à analyser.

Toutes ces notions, dites rapidement, reposent sur l'**humanisation** du sujet par le travail, en rapport avec cette phrase fondamentale de Tosquelles : « **sans la reconnaissance de la valeur humaine de la folie, c'est la notion même d'homme qui disparaît** ».

### ***Si prendre soin c'est être soignant.***

Comment être soignant quand on est moniteur d'ESAT, dans le contexte économique et social actuel ?

Prendre soin d'une personne en difficulté ne passe pas forcément par le travail. Actuellement, si ce choix est fait, cette personne peut avoir été confrontée à l'alternative suivante :

- soit privilégier le statut social en choisissant le travail et les revenus, mais en subissant le stress et toutes les vicissitudes actuelles liées à la souffrance au travail ;
- soit privilégier la qualité de vie au prix d'accepter la stigmatisation d'handicapé.

***Donc, vous vous trouvez, vous, sur le vif, dans votre atelier, en face d'une personne qui a une demande de travail et cette demande est centrale dans votre rencontre.***

- Soit le travail semble correspondre à quelque chose de structurant pour la personne que vous encadrez. Et on sait que ce n'est pas la pathologie qui vous guidera puisque les recherches multiples faites récemment montrent qu'« employabilité » (comme on parle maintenant) et symptomatologie n'ont qu'une très faible corrélation. En effet, un vaste délire est souvent moins gênant dans le travail qu'une tendance au repli sur soi avec mutisme et apathie.
- Soit le travail ne semble pas une réponse : il l'a été mais ne l'est plus ou il ne l'a jamais été.

A ce moment la tâche du moniteur sera d'accompagner la personne dans son cheminement pour abandonner le travail, ceci avec le reste de l'équipe.

Peut-être faudra-t-il avoir à l'esprit pour telle personne, que cette demande de travail venait signer la sortie de la dépendance infantile et la constitution d'une identité adulte.

Ou alors que cette volonté que la personne avait de *compenser* le handicap psychique par un statut social ne suffit pas pour qu'elle s'intègre au monde du travail.

Avoir à l'esprit aussi, pour quelqu'un qui doit abandonner cette idée de travail salarié, qu'il sera nécessaire qu'elle ne vive pas cette situation sur le mode du traumatisme d'une nouvelle exclusion. On sait que les *familles* le vivent souvent de façon dévalorisante et, regrettant que l'insertion professionnelle ne puisse se faire, induisent de tels sentiments.

***En tant que moniteurs vous êtes au centre du dispositif***

Et vous savez que vous n'avez pas à faire avec un « *corps-machine* ».

C'est vous qui serez témoin de l'engagement du corps de la personne dont nous avons parlé, avec l'observation :

- de la façon dont se déroule l'activité
- des efforts
- de la modification éventuelle de la présentation corporelle.

C'est vous aussi qui pouvez apprécier ce qu'on appelle *l'intelligence au travail, le travail vivant*.

Vous savez qu'il y a un écart irréductible entre ce qu'on appelle : *travail prescrit et travail réel*. Vous êtes soumis, vous aussi, à cette différence comme toute personne qui travaille. Le premier travail est prescrit par l'organisation, prescrit à l'avance par ceux qui, en général, ne travaillent pas. Le travail réel, c'est l'activité effectivement réalisée : il désigne les activités déployées par les travailleurs pour faire face à ce qui n'est pas prévu par les organisateurs et échappe aux prescriptions. Les situations de travail sont, vous le savez mieux que d'autres, parasitées par des événements inattendus, des incidents, des pannes... L'intelligence au travail est ce qui est mis en œuvre pour combler l'écart entre le prescrit et le réel, ce qui ne peut pas être prévu à l'avance, qui est inventé et redécouvert à chaque fois. Il y a alors *mobilisation de la pensée qui s'origine dans le corps*.

Non seulement vous êtes à la place où vous évaluez ce « travail vivant » (qui est fondamentalement thérapeutique), mais - dans le fait **d'être là avec** ce travailleur qui a surmonté l'obstacle, qui était aussi un obstacle pour vous - **un lien** est né entre vous et lui, lien qui fait partie de votre soin. Parce que même si vous ne faites pas les choses à la place de la personne handicapée, vous n'êtes pas passif. C'est votre affaire aussi bien que la sienne. Vous êtes le « **thérapon** », second au combat, au même combat que lui.

Cette rencontre-là entre vous deux, si elle peut se faire, sera thérapeutique et elle se fait dans tout accompagnement digne de ce nom.

A condition que, dans cette rencontre, vous soyez dans une disposition dite **d'accueil**.

L'accueil, ça paraît simple, mais ça n'est pas si simple que ça ! D'abord même si on en a la volonté, il y a des jours où c'est difficile pour chacun (on a tous nos soucis), mais en plus cette disponibilité où il faudrait se trouver, ce serait ne rien vouloir pour l'autre, **être là** pour qu'il chemine, qu'il fasse ses expériences, en le protégeant un minimum, mais en ayant toujours en tête que c'est lui qui est responsable de sa vie, en ayant confiance (comme dans la médecine hippocratique) en ce sujet singulier et en la nature.

**Etre là**, ne pas se sentir détruit, par exemple, par un accès d'agressivité, rester là fidèle au poste, comme la « *mère suffisamment bonne* » de WINNICOTT, qui ne va pas se sentir détruite par les pleurs ou les colères de son bébé : assurer une permanence qui facilitera le « sentiment continu de l'existence ».

Pour cet accompagnement qui, vous le savez comme moi, n'est pas simple, évidemment, il ne faut pas être seul. Vous avez vos collègues, vos partenaires à l'intérieur et à l'extérieur de votre institution. Si dans votre institution il y a du personnel éducatif et paramédical, alors il est évident que votre soin sera dépendant de la *santé de cette institution*. L'institution a besoin d'être soignée, comme l'a dit le premier Hermann Simon. Car si elle va mal, les travailleurs iront mal. Donc, avec les collègues, s'interroger régulièrement sur le fonctionnement de notre institution, se poser ensemble la question du sens de ce qu'on fait. Comme le dit Jean Oury, un des tenants de la psychothérapie institutionnelle, se poser la question, tous les jours, de son désir d'être là : « *qu'est-ce qu'on fout là ?* », dit-il.

**En conclusion** : je vois les moniteurs comme « **thérapeutes** », « seconds au combat », sur le lieu même du combat qu'est le travail (ça c'est votre place privilégiée), cette scène où la personne met ses forces, son corps, son intelligence, son inventivité en mouvement, pour mener à bien cette action qui lui permet d'avoir sa place dans la société.

Mais je vois aussi cette inventivité comme le résultat d'une **co-recherche** : il y a celui qui travaille et celui qui le soutient (le 2<sup>e</sup> au combat) dans un pacte qu'ils ont passé à deux.

**Etre second au combat n'est pas toujours aisé, mais n'oublions pas que le 1<sup>er</sup> au combat peut aussi aider le 2<sup>e</sup>**

**Marguerite COLIN  
Psychiatre des Hôpitaux  
(Mars 2012)**