

MMPP : médicaliser le chômage pour mieux exclure

Frédérique Van Leuven, psychiatre

« De tout ce que j'ai retenu des découvertes freudiennes, l'une des plus fécondes est bien que rien n'est plus chargé de sens que les phénomènes de censure ou d'oubli. » - Lucien Bonnafé

« *L'oubli de l'oubli* à la manière perverse conduit à la destruction brutale et fasciste mais aussi d'une façon douce qui risque d'endormir nos sens et notre intelligence ». - Max Lafont

Psychiatre de profession, c'est avec incrédulité que j'ai découvert, en lisant « Le Soir »¹, que le Forem avait identifié une nouvelle catégorie de chômeurs, les « MMPP », personnes présentant des problèmes de nature médicale, mentale, psychique ou psychiatrique. Cette catégorisation des demandeurs d'emploi en quatre niveaux (des plus qualifiés à ceux considérés comme irrécupérables pour l'emploi) s'inscrirait dans le cadre de la réforme du Forem. Les personnes dites « MMPP » étant « les plus éloignées de l'emploi », le Forem s'apprêterait, sur cette base, à les renvoyer vers d'autres opérateurs, notamment les CPAS et les Services de Santé Mentale².

En tant que professionnelle de la santé mentale, je suis directement touchée par une telle catégorisation. Faut-il préciser que notre secteur n'a jamais été consulté à ce sujet ? En cherchant à en savoir plus sur les enjeux de cette classification, peu documentée jusqu'à présent, puisque le décret est toujours en préparation, j'ai cru comprendre que ces personnes auraient le choix de se soigner pendant deux ans en voyant leurs contraintes allégées. J'ai aussi découvert que « l'arbeidszorg », le « soin par le travail », était déjà pratiqué en Belgique, puisqu'il l'est en Flandre. Il s'agit de soigner de tels chômeurs par un travail encadré, sur base volontaire... et non rémunéré. De mon point de vue, je voudrais éclairer quelques enjeux que comportent de telles décisions politiques.

Un problème de définition

« *il suffit de quelques décrets pour changer la nature des choses et le sens du vocabulaire une petite manipulation et vous voilà* » - Bernard Noël³

La sémantique « MMPP » est dangereusement floue. Son imprécision saute aux yeux. Qu'est-ce qu'un « problème » ? Nous avons tous des problèmes. Dans sa définition la plus courante, un problème, c'est une situation dans laquelle un obstacle empêche de progresser, ou de réaliser ce que l'on voulait faire. Le chômage, c'est déjà à lui seul un problème considérable... Sur quelles bases différencier un problème médical d'un problème mental, un problème psychique d'un problème psychiatrique ? Nous avons tous à faire un jour ou l'autre avec la maladie, c'est pourquoi nous

¹ Le Forem veut trier ses chômeurs, Martine Vandemeulebroucke et Pascal Lorent, « Le Soir », 11 janvier 2011

² Les "Services de Santé Mentale", parfois dénommés "Centres de Guidance" et "Centres de Santé Mentale" sont des structures ambulatoires pluridisciplinaires qui assurent l'accueil, le diagnostic et le traitement psychiatrique, psychologique et psychosocial des personnes. Ils bénéficient de subventions allouées par le Gouvernement et leur fonctionnement est régi par décret.

³ Bernard Noël, « L'obscur tournant », dans « L'outrage aux mots », P.O.L. 2011.

voyons des médecins. Nous avons tous des problèmes psychiques, étant confrontés à nos désirs, à l'amour et à la mort, et cela fait partie de notre condition humaine d'affronter la peur et la frustration. Les termes « psychique » ou « mental » sont utilisés indifféremment⁴, seule leur étymologie diffère : grecque pour « psychique », latine pour « mental ». Quant aux « problèmes psychiatriques », que les professionnels nomment « troubles psychiatriques », ou « maladies mentales », leur diversité est immense, et ils sont loin d'entraîner systématiquement une incapacité à travailler. Je reviendrai par après sur la définition de la santé, et sur les liaisons dangereuses qui unissent les notions de santé et de travail. Par contre, il est étonnant que l'on ne nomme pas, dans la catégorisation « MMPP » les « problèmes sociaux » qui sont pourtant les plus dévastateurs pour la santé, et qui entravent considérablement l'accès à l'emploi. Les travailleurs en Service de Santé Mentale savent bien à quel point la problématique sociale est très souvent prioritaire au soin psychique. Il suffit de penser aux conséquences pour une personne de se retrouver SDF : cette situation, à elle seule, empêche non seulement l'accès au travail, mais elle entraîne aussi des problèmes psychiatriques graves⁵, autant que des problèmes médicaux et de la douleur mentale. La définition « MMPP » serait simplement absurde, si elle ne révélait d'emblée son enjeu : par une décision politique, priver des personnes de leurs droits, sur base d'une catégorisation floue et subjective.

De la stigmatisation à l'exclusion

« *Stigmate* : marque au fer rouge, flétrissure, marque d'infamie. ... Indice corporel, trace visible qui révèlent chez un individu un état antérieur ou présent considéré comme dégradant, ou du moins dévalorisant ». (Grand Larousse de la Langue Française)

La stigmatisation a pour effet de transformer l'identité d'une personne en la réduisant au signe dont elle est porteuse, signe honteux qui la place en marge de la société des humains. Le chômeur, surtout par temps de crise, n'est que trop souvent perçu comme un paresseux abusant du système. Que le Forem le souhaite ou non, la catégorisation « MMPP » est encore plus stigmatisante. Par sa dénomination d'abord, quatre initiales pour faire un sigle qui figurera dans les dossiers administratifs des personnes et qui les suivra, les désignant désormais comme « problématiques », alors que c'est une catégorie créée de toutes parts ; mais également par la place réservée à cette catégorie 4, « la plus éloignée de l'emploi ». Les dits « MMPP » sont les mauvais élèves du Forem, auxquels il faudra proposer une sérieuse remédiation. On pense à la « constante macabre »⁶ qui a pour effet de renforcer les mécanismes d'exclusion dans le système scolaire – doublée ici d'une étiquette pathologique - et l'on peut se demander quel est le pourcentage attendu de personnes catégorisées « MMPP » pour alléger le travail des référents du Forem.

Il y a des précédents quant à cette forme de stigmatisation dans la politique de l'emploi : des travaux ont déjà été effectués sur les dénommés « articles 60 »⁷. Ils permettent de mieux comprendre les effets que cela peut avoir sur une personne et dans un groupe, et les répercussions graves sur leur santé mentale. Dans son article « *Un travail qui fait mal* »⁸, Cécile Rugira cite des témoignages

⁴ **Psychique** : du grec *psukhikos* : qui concerne l'esprit, l'activité mentale, les facultés mentales. **Mental** : du latin *mentalis*, qui a rapport à l'esprit. (Grand Larousse de la Langue Française). On peut parler de « douleur mentale » ou de « douleur psychique » quand on se trouve confronté à une séparation, au deuil, à l'angoisse, ce qui n'est pas exceptionnel. On parle de « retard mental » et de « déficience mentale » pour qualifier des écarts par rapport à l'intelligence dite normale.

⁵ Jean Furtos, « De la précarité à l'auto-exclusion », Ed. Rue d'Ulm, 2009.

⁶ Le terme **constante macabre** a été inventé par André Antibi professeur d'université, dans un livre éponyme paru en 2003. « Par « Constante macabre », j'entends qu'inconsciemment les enseignants s'arrangent toujours, sous la pression de la société, pour mettre un certain pourcentage de mauvaises notes. Ce pourcentage est la constante macabre. »

⁷ Le contrat de travail « Article 60§7 » est un contrat de travail à durée déterminée qui permet à des personnes sans protection sociale d'accéder aux allocations de chômage à la fin du contrat. Il est rémunéré, dans la majorité des cas, au tarif du salaire minimum garanti (« échelle barémique E »). Le contenu de travail est celui qui ne demande aucune qualification : jardinage, tri de déchet, repassage...

⁸ Cécile Rugira, « *Un travail qui fait mal – trajectoires de souffrances chez les immigrés subsahariens universitaires en contrat de travail « Article 60 § 7 »* », <http://www.uclouvain.be/formation-continue-mentale>

de travailleurs immigrés avec beaucoup de finesse : « Je suis le « black » pour toute l'équipe et pourtant je me suis présenté dès mon arrivée, le chef des travaux, lui, m'appelle « l'article 60 »... Je suis devenu personne, en fait... Avant, j'étais « Monsieur le Professeur »... maintenant je ne suis même plus un monsieur... Je suis devenu juste « un article » (I., docteur en psychologie d'une université française, travailleur dans un centre de tri de déchets). Ou encore : « Tu sais autre chose... Je fais le même travail que les employés de la commune, mais je touche moins qu'eux. Non seulement je suis le plus diplômé et le plus âgé parmi mes collègues, mais mon salaire est inférieur... Ce n'est pas de l'exploitation, ça ? C'est très injuste, je trouve... Si on me met à la disposition de la commune, ce serait plus juste si c'était la commune qui me rémunérait, ainsi il n'y aurait plus de différence entre eux et moi... ça fait mal au cœur... mais bon... » (D., docteur en médecine ex-URSS, ramasseur de déchets ménagers). « Qu'avons-nous en commun... Les articles 60, ça circule... Eux aussi n'ont pas envie de s'attacher à un collègue de passage... Dans 4 mois j'aurai fini et un autre article 60 va me remplacer... » (D.). Et enfin : « Je n'ai plus d'amour propre, plus d'ego, tu vois... je suis anéanti... comment puis-je voir le désir dans cet état ?... Le désir, c'est un luxe, tu sais » (I.).

On entend bien à quel point l'identité elle-même est abîmée profondément : la personne est réduite à une étiquette par laquelle on la désigne, mais elle est aussi atteinte par l'inégalité de traitement et par un statut qui la met à part du groupe, qui empêche toute affiliation à un projet collectif.

Le paradoxe est qu'un organisme supposé réinsérer des personnes en arrive, par ses méthodes, à créer de la souffrance, voire de la pathologie. « Tout travail mérite salaire » : faire travailler des personnes désignées « MMPP » sans rémunération pour qu'elles conservent une allocation, comme c'est le cas dans l'arbeidszorg, cela n'est pas leur reconnaître une valeur – c'est leur donner une aumône, et encore, sous conditions.

La stigmatisation particulière des malades mentaux

« La maladie est la zone d'ombre de la vie, un territoire auquel il coûte cher d'appartenir. En naissant, nous acquérons une double nationalité qui relève du monde des bien portants comme de celui des malades. Et bien que nous préférons tous présenter le bon passeport, le jour vient où chacun de nous est contraint, ne serait-ce qu'un court moment, de se reconnaître citoyen de l'autre contrée ». Susan Sontag⁹

Si la maladie physique est en général bien acceptée, la maladie mentale, par contre, se prête tout particulièrement aux effets de stigmatisation. Les malades mentaux n'ont pas toujours été très bien traités, et l'histoire n'est pas finie... Certains faits doivent être rappelés pour mieux comprendre les enjeux de la catégorisation « MMPP ».

Michel Foucault a mis en lumière les traitements particuliers que la société a infligés à des groupes se situant en marge de la société : les fous, les prisonniers, les étrangers, les enfants... et les pauvres. Dans « Histoire de la folie à l'âge classique »¹⁰, il nous donne un repère : c'est la fondation en France par un décret, en 1656, d'un hôpital général, qui servira de lieu d'internement pour les fous et pour les pauvres. Le lieu sera à la fois vecteur de répression et de charité. Tout au long du XVIII^{ème} siècle, « le fou sera interné de manière indifférenciée avec ceux qui ne travaillent pas ou ne sont pas aptes à travailler. L'internement se définit par rapport à une valeur éthique, LE TRAVAIL, dans un contexte particulier, celui d'une crise économique. ... L'hôpital général procède de la norme du travail et se fait l'instrument d'une restructuration de l'espace social autour des disjonctions producteurs/chômeurs, résidents/errants »¹¹. La confusion entre maladie et pauvreté est

⁹ Citée par Lydwin Verhaegen, dans « Les Psychiatries. Médecine de pointe ou d'assistance ? », Perspectives sur l'Homme 5, Cabay/LLN.

¹⁰ Michel Foucault, « Histoire de la folie à l'âge classique », paru en 1961 (Poche).

¹¹ Lydwin Verhaegen, « Les Psychiatries. Médecine de pointe ou d'assistance ? », Perspectives sur l'Homme 5, Cabay/LLN.

flagrante, et comme l'affirme Foucault, on constate bien que « *ce que l'on observe dans les marges se construit au centre* » : dans les décisions politiques.

Il est nécessaire aussi de rappeler que dans l'un des épisodes les plus sombres de l'histoire, sous le régime nazi, les malades mentaux ont fait, eux aussi, l'objet d'une extermination massive sous couvert d'euthanasie, là aussi parce qu'ils étaient considérés comme impropres à la production. « *Par une propagande assidue, était préparée l'acceptation par le peuple des idées nouvelles : après avoir discrédité les notions de charité et d'humanité, on prenait soin de montrer sous l'aspect le plus sombre la maladie que l'on présentait comme source de tous les maux du peuple allemand* »¹². Ainsi, le film « *Palais pour les aliénés et taudis pour les ouvriers* » conclut que les malades mentaux sont incurables, improductifs, et ralentissent l'économie. En même temps et plus subtilement, en France, 40 000 malades mentaux sont morts de faim dans les asiles. Symboliquement, établir une catégorie de chômeurs « malades » ne procéderait-il pas de la même dérive ? Le psychiatre Christophe Dejours¹³ a démontré comment les mécanismes qui ont mené à l'extermination se reproduisent à l'identique, non pas quantitativement, mais bien qualitativement dans la guerre contemporaine qui nous occupe : la guerre économique.

Les structures asilaires du XX^{ème} siècle ont accueilli nombre de personnes relevant plus de l'assistance que du soin – c'est parfois encore le cas. L'Etat a voulu remédier à cette situation en développant les soins en ambulatoire et réserver les hôpitaux aux seuls « vrais » malades – tout en s'inscrivant dans le mouvement de désaliénation initié dans les années 60, notamment par Franco Basaglia. Hélas, la réalité va à l'encontre de ces objectifs bienveillants : à présent, c'est aux malades mentaux eux-mêmes, à leur famille ou au CPAS d'assumer financièrement les soins quand la maladie est chronique, ce qui crée une inégalité d'accès aux soins. Ensuite, on observe en Europe, notamment en Italie et en Suisse, que là où ont fermé les hôpitaux, le nombre de places en Institut de Défense Sociale (les hôpitaux-prisons) a considérablement augmenté – sans compter le nombre de malades mentaux qui résident en prison, sans recevoir de soins adéquats. La montée actuelle de la politique sécuritaire¹⁴ accentuera encore cette problématique dans les années qui viennent : être malade mental *et* pauvre reste sans doute la situation la plus à risque dans notre société.

En effet, les troubles psychiatriques font encore l'objet d'une forte stigmatisation. On reconnaît plus volontiers aller voir un généraliste qu'un psychiatre, et de nombreux malades mentaux refusent de se rendre chez ce dernier. Consulter un psychiatre peut être perçu négativement par un employeur, voire bloquer des possibilités d'avancement. Récemment, par exemple, j'ai reçu à l'hôpital un homme hospitalisé sous contrainte à la demande du Procureur du Roi : il s'était enfui d'un service d'urgences. Cet homme était en effet très confus mentalement. Etonnée par le fait qu'il n'ait aucun antécédent psychiatrique, j'ai enquêté auprès de sa compagne, qui s'est souvenue qu'il prenait depuis quelques jours un nouveau médicament pour traiter une affection de la peau. La confusion mentale est un effet secondaire rare – mais pourtant répertorié - de ce médicament. Nous avons pu intercepter in extremis un certificat psychiatrique qui aurait mis fin à la promotion qu'il était en train d'obtenir dans une firme où l'on n'aurait pas pris le risque de confier des responsabilités à un supposé malade mental – et c'est une étiquette qui colle.

La maladie mentale fait encore l'objet de tabous puissants et de représentations erronées dans le grand public. Il est fréquent, par exemple, d'assimiler folie et criminalité, alors que les personnes malades mentales sont beaucoup plus souvent *victimes* de violences que la population générale

¹² Max Lafont, « L'extermination douce – la mort de 40 000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France, sous le régime de Vichy, Ed. L'AREFPPI, 1987.

¹³ Christophe Dejours, « *Souffrance en France, La banalisation de l'injustice sociale* ». Essai (poche), 2009.

¹⁴ Voir le site français <http://www.collectifpsychiatrie.fr/>

(11,8 plus souvent victimes de crimes, 140 fois plus souvent victimes de vols)¹⁵. On entend encore souvent dire que la dépression ou l'alcoolisme « pourraient s'arranger, avec un peu de volonté ». La maladie mentale pourrait bien faire l'objet de ces tabous parce qu'elle nous fait bien plus peur que la maladie du corps : elle nous touche au plus profond de notre humanité, dans la question de notre libre arbitre et de notre identité. Et nous sommes bien plus fragiles que nous ne le pensons.

Une des grandes difficultés des maladies mentales, c'est qu'elles sont difficiles à comprendre et que leur évolution est très variable : elle dépend considérablement du type de prise en charge apportée. Un article publié en 1973 et souvent réédité depuis, « *Etre sain dans un environnement malade*¹⁶ », reste malheureusement très actuel. Dans cette expérience, Rosenham propose à une série de volontaires (étudiants, professionnels), de se faire hospitaliser dans des services de psychiatrie en prétendant qu'ils souffrent d'hallucinations, et de tenir un journal de leur parcours. 100 % des « cobayes » seront diagnostiqués « schizophrènes », tous recevront des médicaments, et même lorsqu'ils affirmeront que leurs hallucinations ont disparu, sortiront de l'hôpital avec le diagnostic de « schizophrénie¹⁷ en rémission ». Une fois le diagnostic posé, aucun professionnel ne le remettra en question. Aujourd'hui encore, on observe cette tendance à figer des personnes dans un diagnostic, alors que la symptomatologie psychiatrique est propre à chacun, qu'elle est très évolutive et qu'elle varie en fonction du contexte où les personnes sont examinées.

Si le Forem se met à vouloir dépister les personnes qui s'ignorent malades, il est *inévitabile* qu'il « fabrique » un certain nombre de schizophrènes et autres, tant on finit par trouver ce que l'on cherche. En effet, l'isolement social, la pauvreté, le fait d'être renvoyé d'un organisme à l'autre avec les sentiments d'injustice et de persécution qui s'en suivent, tout cela peut provoquer chez des personnes fragilisées des symptômes qui peuvent être confondus avec une maladie mentale.

Qui peut catégoriser, et avec quels critères ?

L'article du journal « Le Soir » ne précise pas qui effectuera la catégorisation des chômeurs. Il y a à craindre, cependant, qu'elle ne repose sur le référent du Forem. Sur quelles bases celui-ci décrèterait-il qu'une personne a un problème psychique ou mental ? Son « look » ? Sa qualité de contact ? Son odeur ? Sa régularité aux rendez-vous ? Les confidences qu'elle veut bien faire sur ses problèmes de vie ? Ou peut-être sur base d'un questionnaire, mais rempli dans quelles conditions ? Forcément, les accompagnateurs du Forem se référeront à une *norme sociale* qui est celle qu'ils imaginent être les critères d'employabilité définis par une entreprise. Le risque est grand que la case « MMPP » devienne en réalité la catégorie fourre-tout où placer des personnes atypiques, un peu en dehors de la norme sociale. Et, bien pire encore, cet écart de la norme attendue sera interprété comme une pathologie : à la personne de porter le poids et de « faire soigner » ses caractéristiques personnelles !

Il faut peut-être rappeler aussi que les « problèmes » médicaux et psychiatriques ne peuvent pas faire l'objet d'un diagnostic par un conseiller, faute de quoi il s'agirait *d'exercice illégal de la médecine*. Evidemment, s'il perçoit ou qu'on lui confie une difficulté, libre à lui, comme à tout citoyen, de *conseiller* à la personne d'aller voir un médecin ou un psychologue – voire de lui donner des indications sur un lieu adéquat. Par contre, exercer un contrôle sur la consultation et sur son contenu, contraindre par la menace d'une suppression d'allocations, cela relève tout simplement de l'abus de pouvoir.

¹⁵ « Aucune étude n'a prouvé scientifiquement que les malades mentaux seraient plus dangereux que la population générale. Mais il est démontré qu'ils sont les premières victimes des faits de violence, à cause de la stigmatisation dont ils font l'objet ». Cécile Prieur, « La régression sécuritaire », Le Monde, 5/12/2008.

¹⁶ David L. Rosenham, « *Etre sain dans un environnement malade* », dans « *L'invention de la réalité* », sous la direction de Paul Watzlawick, Points, P. 131-160.

¹⁷ La schizophrénie est un trouble psychiatrique grave, chronique et évolutif, survenant le plus souvent chez des jeunes adultes, qui se caractérise par des hallucinations, du délire, une désorganisation de la pensée et un repli sur soi.

Peut-être nous dira-t-on que le conseiller devra s'appuyer sur le rapport d'un médecin ou d'un psychiatre. Mais, il faut le rappeler, les médecins sont soumis à un code de déontologie strict et sont tenus à la confidentialité. Il existe déjà une procédure légale, sans doute trop peu connue des médecins, qui permet de mettre des personnes demandeuses d'emploi en maladie, ce qui les protège d'un même niveau d'exigences, tout en protégeant le secret professionnel.

Que les professionnels consultés soient « extérieurs », ou qu'ils soient affiliés à une institution telle que l'ONEM, qu'ils soient médecin, psychiatre ou psychologue - les psychologues sont tenus aux mêmes règles déontologiques que les médecins - ils sont tous tenus à la confidentialité, et il s'agira donc d'être très vigilant quant au respect de cette règle : qui d'entre nous accepterait que le contenu de notre dossier médical atterrisse sur la table d'un conseiller du Forem ?

Il faut penser également à la place que va occuper le référent du Forem lui-même dans cette catégorisation. Dans un second article du journal « Le Soir »¹⁸, on lit cette déclaration du ministre chargé de l'Emploi André Antoine : « *Au contraire, notre ambition est de disposer d'une armée de conseillers pour assurer le suivi individualisé des demandeurs.* » On pourrait s'étonner du terme « armée » : il n'est que trop judicieux, puisqu'il s'agit, ni plus ni moins, d'éradiquer le chômage. Le problème est que ces « conseillers » sont des personnes. Nombre d'entre eux seront vraisemblablement issus eux-mêmes du chômage, et dans la crainte d'y être renvoyés. Parmi eux, des jeunes qui se trouveront face à des femmes et à des hommes, parfois bien plus âgés qu'eux, de l'âge de leurs parents, et qu'ils devront catégoriser. On n'insiste pas assez souvent sur la souffrance que peuvent éprouver ces travailleurs quand ils commencent à comprendre le jeu qu'ils jouent¹⁹. Pris entre tenaille entre leur obligation de conserver leur emploi, donc de réaliser de bons scores de remise à l'emploi, et l'humiliation à infliger à l'autre, ils risquent bien de développer un processus de défense bien connus : le déni - ce que la philosophe Hannah Arendt a décrit comme « la banalité du mal ». Il y a 50 ans, en 1961, Stanley Milgram montrait dans une expérience célèbre²⁰ que nous sommes bien plus obéissants que nous ne le pensons quand nous sommes légitimés par une autorité : sous caution d'un scientifique en blouse blanche qui les rassurait sur le bien-fondé de l'expérience, 62,5 % des sujets menèrent l'expérience à terme en infligeant à trois reprises des électrochocs de 450 volts, une dose potentiellement mortelle, à des « volontaires ». France 2 a récemment transposé l'expérience avec "Le Jeu de la mort"²¹. En 2010, sous l'autorité morale d'une animatrice de télé, ce sont 81 % des sujets qui vont jusqu'au bout de l'expérience - avec des voltages supérieurs. Sur le plateau de France 2, il n'y avait pas moins de sept scientifiques pour « encadrer » le moment où les sujets réaliseraient qu'ils avaient été entraînés à tuer potentiellement d'autres sujets - et ce n'était qu'un jeu. Vers qui pourront se tourner les jeunes référents du Forem, quand ils réaliseront que les chômeurs qu'ils doivent catégoriser ne sont pas des abuseurs de biens sociaux, mais des hommes et des femmes comme eux ?

Qui sont les « MMPP » ?

Dans ma pratique de psychiatre, je rencontre certainement des personnes qui pourraient se retrouver étiquetées « MMPP ». Je peux attester d'un exemple qui m'a marquée. Il est atypique, autant que chaque situation peut l'être. Mme M, mère de famille monoparentale, élève ses quatre enfants, parmi lesquels une fille aînée, handicapée physique et mentale profonde. Celle-ci fréquente un Centre de Jour ouvert de 9 heures à 17 heures, quatre jours par semaine. En dehors de ces heures, la jeune fille nécessite une présence à plein temps. Les offres d'emploi proposées par le Forem à Mme

¹⁸ « Antoine veut rassurer les CPAS », Martine Vandemeulebroucke, « Le Soir », 12 janvier 2011.

¹⁹ Voir le livre remarquable de la jeune Marion Bergeron, « *183 jours dans la barbarie ordinaire - en CDD chez Pôle Emploi* », Ed. Plon, 2011.

²⁰ L'expérience de Milgram est une expérience de psychologie réalisée entre 1960 et 1963 par le psychologue américain Stanley Milgram. Cette expérience cherchait à évaluer le degré d'obéissance d'un individu devant une autorité qu'il juge légitime et à analyser le processus de soumission à l'autorité, notamment quand elle induit des actions qui posent des problèmes de conscience au sujet. (Wikipédia).

²¹ <http://www.evous.fr/L-experience-de-Milgram-50-ans,1122744.html>

M ne lui permettent pas de s'en occuper en dehors des heures où elle est prise en charge. Elle dispose de certificats médicaux attestant de la situation, et un conseiller lui suggère... de placer sa fille handicapée en internat. Mme M qui a toujours mis un point d'honneur à garder sa fille à la maison refuse vigoureusement cette suggestion. Tenue de répondre à une offre d'emploi qui ne tient pas compte de sa situation, elle ne se présente pas à l'employeur. Elle finit par être radiée du chômage. Ne supportant pas l'idée de recourir au CPAS, elle se retrouve sans ressources suffisantes. Épuisée, elle développe un problème cardiaque aigu doublé d'une dépression, ce qui la mettra en incapacité pour longtemps. Mme M a pour particularité d'être une femme très honnête, qui ne peut « faire comme si ». Elle n'est donc pas allée se présenter à un emploi qu'elle ne pouvait accepter, alors qu'elle aurait pu se protéger en « jouant » (bien – ou mal) le jeu. Dans l'esprit d'un « conseiller » à la remise à l'emploi, c'est la fille handicapée de Mme M qui l'empêche de répondre aux offres. Il faut donc placer la fille, sans se poser la question du coût humain et financier de l'opération. La case « MMPP » aurait peut-être permis à Mme M d'obtenir un répit. Mais comment pourrais-je, en tant que soignante, améliorer sa situation, alors qu'elle s'occupe fort bien de sa fille handicapée et de ses trois autres enfants ? Ce n'est pas le fait de venir consulter qui va rendre sa fille plus autonome, ni faire en sorte que les « aidants » obtiennent un statut particulier – et encore moins que les employeurs acceptent les logiques individuelles, et que le Forem soit plus créatif dans la recherche d'emplois pensés au cas par cas. Cette situation est la plus dramatique que j'ai rencontrée, mais elle est illustrative de la violence – potentiellement meurtrière – qu'exercent de telles politiques sur les individus.

Travail et santé : liaisons dangereuses

« La santé est un état précaire qui ne laisse présager rien de bon ». (Jules Romains)

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit, depuis 1946, la santé comme étant « *un état de bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». De même, la santé mentale est définie comme telle : « *Une personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faites de frustration et de joie, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre. Une personne en bonne santé mentale est donc quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer ou pour travailler à la modifier si c'est possible. Cette personne vit son quotidien libre des peurs ou des blessures anciennes qui pourraient contaminer son présent et perturber sa vision du monde. De plus, quelqu'un en bonne santé mentale est capable d'éprouver du plaisir avec les autres. Bref, posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie : physique, psychologique, spirituel, social et économique* ²² ». Ces définitions nous semblent à nous, professionnels, appartenir bien plus au pays des Bisounours²³ qu'à la réalité humaine. Ne sommes-nous pas faits de doutes, de divisions, d'incomplétude ? Cet idéal, dans tous les cas, élargit considérablement le champ des pathologies et ouvre un espace immense à l'intervention de thérapeutiques de toutes sortes. Le sociologue Alain Ehrenberg ²⁴ a suffisamment dénoncé la dictature de l'exigence du bien-être. Il a également mis en évidence à quel point la classification actuelle des maladies mentales, le DSM²⁵, gommait les différences de niveau de gravité des maladies : une timidité malade y figure au même niveau que la schizophrénie – et jusqu'il y a peu, l'homosexualité y était encore répertoriée. Cette médicalisation excessive de nos maux a mené, entre autres, à une explosion de la consommation de médicaments psychotropes. Il est certain que si le Forem s'emparait d'un manuel de DSM, il pourrait trouver au moins une pathologie pour chaque demandeur d'emploi !

²² Organisation Mondiale de la Santé Mentale.

²³ Les **Bisounours**, sont une ligne de jouets en peluche américaine populaires dans les années 1980. L'expression « pays des bisounours », utilisée de manière négative, désigne toute situation caractérisée par une exagération de bons sentiments. En politique, bisounours s'emploie surtout dans la forme négative. Ce n'est pas bisounours, ça veut dire c'est quand même sérieux, ça ne relève pas du monde merveilleux de l'enfance où tout est gratuit. (Wikipédia).

²⁴ Alain Ehrenberg, « L'individu incertain », Pluriel, Hachette, 1995 et « La fatigue d'être soi », Poches Odile Jacob, 1998.

²⁵ Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux.

A nouveau, notre regard de professionnels de la santé mentale est un peu différent, et les choses sont bien plus complexes.

La plupart des patients qui consultent un psychologue ou un psychiatre en ambulatoire ont un travail. Tous les cliniciens peuvent en attester : nous rencontrons des personnes qui souffrent de problématiques psychiatriques graves et qui travaillent seize heures par jour. En 1978 paraissait un petit livre, « *Ces malades qui nous gouvernent* » : les auteurs y dévoilaient comment des politiciens amenés à prendre des décisions quant à l'avenir du monde – Roosevelt à Yalta, Khrouchtchev à Cuba, Georges Pompidou à l'Élysée – souffraient de très graves maladies physiques. Plus récemment est paru « *Ces fous qui nous gouvernent* »²⁶. Chacun d'entre nous connaît sûrement quelqu'un qui est rongé par l'angoisse et développe un Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) : ce sont souvent des collaborateurs très appréciés pour leur fiabilité. Ces exemples nous indiquent simplement qu'il faut se garder d'assimiler systématiquement maladie et incapacité.

A l'inverse, c'est le travail lui-même qui peut être pathogène. En effet, ces dernières années, nous rencontrons de plus en plus de personnes qui tombent malades pour des raisons directement liées à leur emploi. Le fait que le travail puisse rendre malade est connu de longue date. Déjà en 1915-1920, quand Henry Ford remplace les savoir-faire traditionnels par des routines strictes, on appelle « fordite » l'état d'apathie et d'abattement qui touche de nombreux ouvriers²⁷. Récemment, les effets potentiellement ravageurs de l'organisation du travail sur la vie psychique ont été largement médiatisés, notamment par Christophe Dejours, mais aussi par la presse et les media français qui se sont emparés, entre autres, de la question du suicide au travail.

Les cliniciens sont attentifs à maintenir l'insertion de leurs patients dans la vie. Ils les soutiennent à travailler et sont attentifs à fixer des heures de rendez-vous qui sont compatibles avec leurs obligations. Dans les hôpitaux psychiatriques, la législation permet à des patients d'aller travailler, même s'ils reçoivent des soins sous contrainte. Le travail, dans de bonnes conditions, participe de la santé mentale. C'est tout d'abord un lieu magnifique d'accomplissement du désir. Il améliore la qualité de vie par la rémunération et la valorisation, il relie la personne aux autres et au monde en donnant sens à la vie, il structure le temps. Il est supposé offrir au sujet une protection sociale. Enfin, il maintient une certaine hétéronomie²⁸ ; il est reposant, dans une société qui prône tant l'auto-définition et la maîtrise à tout crin, de se soumettre à des règles que nous n'avons pas définies, telles que celles qui relèvent du travail salarié et de la législation du travail.

Quand nous, soignants, sommes amenés à mettre des gens en incapacité, c'est que nous sommes certains que la poursuite de leur travail compromet leur santé. Un certificat n'est donc pas délivré sur les seules caractéristiques de la maladie, mais également en fonction de l'environnement de la personne. Nous sommes attentifs aux risques de l'incapacité à long terme : plus l'arrêt est long, plus la reprise risque d'être difficile.

La sociologue Lydwine Verhaegen, en 1985, anticipe déjà²⁹ comment le psychiatre devient l'opérateur qui, « *en garantissant un statut (invalide) et un revenu (allocation), effectue une prise en charge complète sur le plan économique, symbolique et affectif de l'ex-travailleur* ». Elle en montre bien les effets pervers et humiliants : « *La demande d'assistance qui s'accompagne d'un aveu*

²⁶ « *Ces fous qui nous gouvernent : comment la psychologie permet de comprendre les hommes politiques* », Pascal De Sutter, Arenes 2007.

²⁷ Pap Ndiaye, « *Comment Ford a révolutionné le capitalisme* », Les Collections de l'Histoire n°7, pp 28-31 – article revu et abrégé dans LLB du 18/7/2011.

²⁸ L'**hétéronomie** est la capacité d'un être vivant à subir la règle du milieu environnant. Chez l'homme, l'hétéronomie représente l'incapacité à se donner ses propres lois et à se régir d'après elles. L'hétéronomie est l'inverse de l'autonomie.

²⁹ Lydwine Verhaegen, « *Les Psychiatries. Médecine de pointe ou d'assistance ?* », Perspectives sur l'Homme 5, Cabay/LLN.

d'incapacité est une forme renouvelée de l'humilité rituelle des démarches qui constituaient l'art de la mendicité en d'autres temps. Le certificat délivré par le psychiatre cautionne l'aspect médical du trouble et remplace ainsi le billet de confession signé de la main du curé. Ce billet garantissait les signes extérieurs de la moralité nécessaire à l'époque pour appuyer une demande d'assistance ». Elle pose l'hypothèse que dans le contexte des mutations sociales actuelles, le système psychiatrique pourrait bien prendre le relais d'un système social déficitaire. Et, de fait, les Services de Santé Mentale et les assistants sociaux des services psychiatriques situés en zones populaires peuvent attester des catastrophes sociales dont ils sont de plus en plus les récepteurs ultimes. Certains soignants sont au bord de l'épuisement professionnel tant on leur demande d'accueillir, et même de « régler » tous les malheurs du monde : SDF, sans-papiers persécutés dans leur pays d'origine et dans notre pays « d'accueil », familles expulsées de leur logement, violences intra et extrafamiliales, violences institutionnelles... la liste n'est pas exhaustive. Les psys sont surchargés, souvent très seuls face à ces problématiques, et bien impuissants à les résoudre. Va-t-on leur demander en plus de solutionner le manque d'emplois et le durcissement des conditions de travail ?

Les dérives du travail

« - Editer des manuels scolaires n'est pas trop ma tasse de thé, mais travailler dans une entreprise de construction, je crois que ça me plairait encore moins, avouai-je avec franchise. Je suis heureux que vous me l'ayez proposé mais, quand on fait quelque chose qu'on n'aime pas, ça attire toujours des ennuis.

- Ca, c'est vrai, dit le père de Yukiko. Il ne faut pas se forcer à faire ce dont on n'a pas envie ». - Murakami³⁰

Comme soignants, nous sommes témoins de la difficulté de plus en plus grande de maintenir un travail qui tienne compte de la réalité individuelle des personnes. Nombre de « malades » pourraient retravailler à mi-temps, mais se trouvent pénalisés par ce statut que l'employeur refuse à long terme, comme s'il s'agissait d'un privilège. Nombre de personnes handicapées souhaitent travailler, mais ne trouvent pas d'emploi. Plus largement, il devient presque indécent d'associer les mots « travail », « désir », et « plaisir ». Les conditions de travail se durcissent, et des personnes qui étaient précédemment bien insérées grâce à un emploi peu exigeant se voient déplacées de poste en poste, jusqu'à épuisement. Comment préserver le désir dans de telles conditions ?

Nous sommes aussi témoins de l'évolution des Entreprises de Travail Adapté (ETA - anciens Ateliers Protégés), qui autrefois permettaient que des personnes handicapées puissent gagner leur vie, dans un travail adapté à leur rythme. Il n'était pas rare d'y rencontrer des personnes trisomiques heureuses de travailler : les personnes souffrant de retard mental sont sensibles comme tout un chacun à la valorisation financière et au fait d'être reconnues pour leur travail. Aujourd'hui, les ETA sont mises en concurrence et tenues à une telle rentabilité que les personnes qui souffrent d'un réel handicap n'y ont plus leur place. Par contre, on y engage de plus en plus de personnes « handicapées sociales », nettement plus rapides et prêtes à beaucoup pour obtenir un travail. Les personnes handicapées se retrouvent, elles, sans travail, astreintes à rester chez elle, dans leur famille ou dans leur institution, qu'elles mettent à mal, et où cela tourne vite « fou » par manque d'hétéronomie : qui peut vivre 24 h/24 dans le même lieu, dans le même entourage ? Les institutions d'hébergement finissent par leur proposer des « activités d'intérêt collectif », non rémunérées, de type emballage ou enfilage de perles, activités dont le sens leur échappe et qu'elles sont tenues de fournir. On en revient, doucement mais sûrement, à la tradition asilaire : au siècle dernier, les asiles « tournaient » grâce au travail des centaines de patients qui cultivaient les potagers, entretenaient les jardins, effectuaient des travaux d'ébénisterie, copiaient des tableaux de maître, tenaient les cuisines, lavaient le linge, tout cela chacun selon ses possibilités, tout cela gracieusement, parce que « la travail, c'est la santé », et que quitte à être exilé pour toujours de la société, il fallait être encore reconnaissant de se rendre utile. En quoi un « arbeidszorg » est-il différent ?

³⁰ Haruki Murakami, « Au sud de la frontière, à l'Ouest du soleil », 10/18.

Dans notre secteur en particulier, des personnes qui ont passé des années en psychiatrie sont parfois tellement éloignées du circuit du travail qu'il semble tout à fait illusoire de penser qu'elles pourraient un jour s'y réinsérer. Et ceci n'est pas seulement de leur fait : comme souligné précédemment, le fait d'avoir séjourné en psychiatrie n'est pas rassurant pour des collègues et des employeurs. Nous recevons des questions telles que : « Peut-il utiliser des instruments dangereux ? Y a-t-il des précautions particulières à prendre avec lui ? Comment gérer ses relations avec ses collègues ? » - toutes questions qui indiquent qu'on se soucie de lui – ou d'elle – mais qu'on ne poserait pas si le collègue avait séjourné six mois à l'hôpital suite à un grave infarctus. Réinsérer des patients de longue durée est donc un sacré pari. Pourtant, certaines initiatives, telles que l'Espace Socrate à l'Hôpital Vincent Van Gogh, ou encore le projet Article XXIII à Liège, montrent bien que c'est possible. Leur philosophie est totalement à l'inverse de celle prônée par le Forem : il s'agit de dé-stigmatiser des personnes et de leur permettre un processus d'intégration à la vie sociale. Il s'agit non pas de « soigner des personnes par le travail » (à moindre coût), mais bien de « soigner le travail ».

Qu'est-ce que soigner ?

« Soin : attention, application mise à faire quelque chose » (Grand Larousse de la Langue Française)

Il n'y a pas de soignants sans malades : la relation est complémentaire, par définition. Et comme l'un est supposé répondre aux besoins de l'autre, cette relation est lourde d'enjeux de pouvoir. Aider « sans faire à la place de l'autre », utiliser son savoir tout en respectant celui de l'autre, traiter comme on souhaiterait l'être soi-même (dans les deux sens du terme), respecter sa culture, savoir garder pour soi des confidences parfois très lourdes, tout cela exige un apprentissage – et c'est à remettre sans cesse sur le métier. En santé mentale, les soignants font le plus souvent un travail sur eux-mêmes et se font superviser, cela justement parce qu'il est important de comprendre les enjeux d'une telle relation.

Le soin est, par définition, individuel. Il ne s'agit pas simplement d'une relation d'individu à individu : tout comme c'est le cas en chirurgie, en psychiatrie aussi une équipe tout entière peut participer au soin individuel du patient. Il s'agit d'appliquer un traitement unique à un individu unique : c'est la base de la clinique. Même quand les soignants se réfèrent à des « guidelines », à savoir des stratégies reconnues comme efficaces, elles doivent être à chaque fois repensées en fonction du patient. Il faut à chaque fois *inventer*.

La langue anglaise distingue le « cure » (guérir) du « care » (prendre soin). L'un ne va pas sans l'autre ; par exemple, il ne sert à rien de disposer de bons médicaments anti-douleur en post-opératoire si l'on ne vient s'enquérir de la douleur du malade. Ce « couplage » paraît aller de soi. Pourtant, dans la catégorisation MMPP, il semble que, sous prétexte de soigner, on va justement « découpler » la question du soin et du travail : il s'agit avant tout de renvoyer le désigné « malade » à d'autres instances. Or, Marion Bergeron le montre bien³¹ : dans la remise à l'emploi aussi, c'est le soin mis à approcher et à comprendre un individu qui se révèle fécond. Entendons nous : il n'est pas question de l'interroger sur les petits faits de sa vie privée « pour faire connaissance », mais bien de s'intéresser à son *désir de travail*.

Précisons ici que ce n'est pas parce que les conseillers du Forem seront « individualisés » que la prise en charge du chômeur le sera : si l'approche est globale (questionnaire identique pour tous, recueil de données, catégorisation), ce n'est pas de l'individualisation, c'est de la globalisation sous prétexte de relation personnalisée. C'est le contraire de la logique de soin.

L'activité fait partie du soin en psychiatrie. Pour introduire la question, voici une proposition de François Tosquelles, psychiatre catalan, grand résistant et « père » de la psychothérapie

³¹ Marion Bergeron, « 183 jours dans la barbarie ordinaire – en CDD chez Pôle Emploi », Ed. Plon, 2011.

institutionnelle. Elle est extraite d'un petit recueil récemment réédité³² : « *Il n'y a pas de hiérarchie dans la fonction soignante : le travail de l'infirmier est aussi important que celui du psychiatre. Et le travail est au coeur même du dispositif institutionnel, il en est l'énergie circulante, et reliante : c'est sur l'ensemble des activités proposées que l'institution prend corps. Et ce corps n'a de sens que s'il est relié au monde : "Faire de l'effilochage, déchirer du papier, ou même faire des confettis avec des malades très diminués peut, en soi, parvenir à les rendre plus "vivants", mais cette tâche ne peut prendre sens urbi et orbi ("dans la cité et dans le monde") que si, dans l'hôpital et ailleurs, il existe des "fêtes" où le confetti devient une valeur, et se consomme* ». Tosquelles l'affirme avec raison : pas de soins sans activités. L'activité est essentielle à l'être humain, mais elle doit avoir un sens. Ce sens, c'est qu'elle soit reliée « à la cité et au monde ». L'acte de soigner un malade n'est pas si éloigné de ce que pourrait être le soin apporté à une demande d'emploi : c'est de cette logique que s'inspirent les projets de l'Espace Socrate et l'Article XXIII. Il s'agit de partir de la demande de la personne, et de chercher un employeur, voire d'inventer des emplois auxquels elle puisse correspondre.

Le soin sous contrainte

Consulter un « psy », ce n'est pas une démarche anodine. La maladie du corps touche a priori des organes. Montrer mon ventre, ma cheville, mon cœur auxquels j'ai mal, c'est montrer une partie de moi, je peux encore faire comme si ce n'était pas tout à fait moi, comme si la maladie m'était un peu étrangère – pourvu qu'elle soit temporaire. Il faut des médecins bien humains pour comprendre à quel point le malaise des organes atteint un sujet dans sa globalité. Chez le psy, tout est donné d'emblée. Ce sont mes émotions, mes pensées, mon ressenti du monde que je vais confier. Je n'ai pas mal « à mes pensées » : je « suis » mal. Et cette douleur là est souvent invisible, et difficile à comprendre pour ceux qui ne l'ont pas approchée. Ce type de démarche exige un respect et une confidentialité absolus. C'est une humiliation quand les personnes doivent la faire sous contrainte, ce qui peut arriver par autorité judiciaire. Encore davantage dans ce cas, les questions du cadre de travail, des limites de la contrainte et de la confidentialité doivent être clarifiées avec le patient et avec celui qui l'oblige à se soigner. Parler, en effet, ne fait pas toujours du bien - et peut faire beaucoup de tort, si la parole n'est pas suffisamment reconnue à sa juste valeur – et contenue.

Les professionnels du soin sont sensibles à l'évolution des demandes qui leur sont adressées. Nous avons pu observer, ces dernières années, entre autres, des phénomènes tels que la sur-médicalisation des dépressions, la montée des pathologies liées au travail, et, chez les enfants, l'accroissement impressionnant des demandes de médication pour hyperactivité à l'école. Nous sommes attentifs à ne pas tomber dans le piège de la médicalisation, et à prendre en compte la personne dans sa globalité, incluant sa famille et les liens avec la société. Dans quelle situation se trouvent des parents tenus de médiquer leur enfant sous peine de renvoi ? Nous travaillons à partir de « la demande » de la personne, à savoir de là où elle situe son mal-être et souhaite entamer un processus de changement. Il arrive que ce soit l'entourage qui soit demandeur plus que le patient, ce qui exige alors un travail impliquant les proches. Les professionnels de la santé mentale ne peuvent pas travailler en faisant l'impasse sur la demande. On imagine le dialogue : « Pourquoi avez-vous besoin d'une aide psychologique ? » - « Je ne sais pas, le conseiller du Forem m'a dit de venir me soigner pour retrouver un emploi ». Difficile d'entamer un traitement sur une telle base, et puis, qui financera le soin ?

Par ailleurs, aucun travailleur en santé mentale ne peut rester indifférent au stress considérable que provoquent des contrôles successifs, les petites et grandes vexations, les contraintes dénuées de sens infligées aux demandeurs d'emploi – tels les questionnaires impossibles - telle l'expérience banale de se présenter à un employeur, qui non seulement refuse le candidat, mais refuse aussi de lui faire une attestation comme quoi il s'est bien présenté. Les professionnels seraient donc bien tentés d'attester de la fragilité des personnes pour leur éviter de tels traitements. Par contre, ils risquent de

³² François Tosquelles, « *Le travail thérapeutique en psychiatrie* » – François Tosquelles – érès – 2009.

ne pas comprendre suffisamment les implications d'un tel certificat : la catégorisation « MMPP » s'accompagnerait, pour que la personne conserve ses allocations de chômage, de l'obligation de se soigner, avec *obligation de résultats* en deux ans. Faute de quoi, elle serait exclue du droit à ses allocations. Ceci en ferait hésiter plus d'un...

Si la proposition faite à des personnes catégorisées « MMPP » est d'accepter des soins, faute de quoi leurs allocations leur seront supprimées, il ne s'agit pas d'un contrat, mais d'un chantage. Elles se retrouveront, de plus, coincées entre le marteau et l'enclume : entre le conseiller qui pousse à aller consulter, et la résistance passive ou active des professionnels de la santé mentale.

Par contre, quand des personnes auront été exclues du chômage pour une raison ou pour une autre, et qu'elles se retrouveront orientées vers des CPAS qui ne pourront – ou ne voudront plus répondre à toutes les demandes des personnes exclues du Forem, elles se retrouveront dans une détresse telle qu'elles risquent bien alors d'avoir recours à une aide médicale et/ou psychiatrique. On peut là aussi se poser la question du financement de cette aide, qui, de plus, ne résoudra pas la problématique centrale : la disparition d'un revenu de survie.

Conclusion

La santé mentale est indissociablement liée aux valeurs collectives dominantes, donc aux normes société donnée. Elle est influencée par les conditions économiques, politiques et culturelles qui y règnent. La pauvreté et la discrimination nuisent gravement à la santé mentale.

La catégorisation de chômeurs en « MMPP » leur sera doublement préjudiciable. Sur le plan matériel d'abord, ces personnes se verront contraintes à se soumettre à des soins dont elles ne sont pas forcément demandeuses, et à se rendre chez des professionnels déjà surchargés de travail qui se montreront très réticents, ou refuseront tout simplement d'accueillir des envois aussi tronqués. Elles risquent, si le modèle de la Flandre se généralise, de devoir accepter un travail non rémunéré, soi-disant « pour se soigner ». Faute de quoi, elles risquent bien de se voir retirer leur allocation – ce qui arrivera de toute façon si elles ne sont pas « guéries » au bout de deux ans. Sur le plan symbolique ensuite, ces personnes seront affligées d'une étiquette stigmatisante dont elles auront bien du mal à se débarrasser, et qui figurera *ad vitam* dans leur dossier.³³ Stigmatiser des personnes parce qu'elles sont considérées comme impropres à produire, c'est nous ramener à des épisodes sombres de l'histoire, trop vite oubliés. Catégoriser des personnes « MMPP », c'est une médicalisation en masse d'une problématique sociale : le manque d'emplois et le durcissement des conditions de travail.

Un état qui utilise la souffrance de l'individu et les inégalités sociales, qui les institutionnalise afin d'en tirer profit, est un état meurtrier. Notre travail de soignants en santé mentale implique de refuser d'être les ultimes dépositaires de la souffrance sociale, mais bien au contraire, de dénoncer de telles dérives et de soutenir les personnes à résister à cette dynamique de dévalorisation et d'exclusion. Il s'agit d'entendre ce qu'elles ont à dire et de faire circuler leur parole. Nous pouvons attester de l'immense potentiel de création que nous entendons chez chacun de ceux que l'on déplace de case en case. Il serait dommage que nous soyons l'ultime impasse dans laquelle se déposerait cette parole. La meilleure définition de la thérapie nous a sans doute été apportée par François Roustang³⁴ : « *L'acte thérapeutique, c'est de mener le patient au plus près de sa liberté* ». Il serait terriblement dommageable pour une société que les thérapeutes deviennent seuls pourvoyeurs de liberté.

³³ Dans le domaine du handicap, par exemple, la catégorisation « E » jointe au numéro AWIPH indique que la personne présente des troubles du comportement. Sur seule base de cette indication (en)codée, la candidature de ces personnes est le plus souvent refusée d'emblée.

³⁴ Philosophe et hypnothérapeute français.