

2022-2023

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE DU TRAVAIL

FREINS ET FACILITATEURS DU MAINTIEN EN EMPLOI DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE

Marie TRAINEAU, épouse SENE

Née le 19 mars 1984 à BEAUPREAU (49)

Sous la direction de M. le Docteur LEGUAY Denis

Membres du jury

Monsieur le Professeur ROQUELAURE Yves | Président

Monsieur le Docteur LEGUAY Denis | Directeur

Madame le Professeur PETIT Audrey | Membre

Monsieur le Professeur PACHOUD Bernard | Membre

Soutenue publiquement le :
10 mars 2023



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Sène Marie,
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **25/01/2023**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean- François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean- Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre- Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOThERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine

COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc- Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri- Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie

LACOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAL Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHARD Isabelle	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
RICHOME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine

ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine

BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques- Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIostatistiques, Informatique Médicale	Médicale
HELESBEUX Jean- Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTÉ	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE Médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine

MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
Sandrine		
PAILHORIE Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
Andréas		
SPIESSER-ROBELET	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION	Pharmacie
Laurence	THERAPEUTIQUE	
TEXIER-LEGENDRE	MEDECINE GENERALE	Médecine
Gaëlle		
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
FISBACH Martine	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST		
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie

DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	OFFICINE	Pharmacie
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE- REANIMATION	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE- RADIOTHERAPIE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Yves ROQUELAURE,

Merci de présider mon jury de thèse.

A Madame le Professeur Audrey PETIT,

Merci pour ta disponibilité et tes conseils avisés et précis tout au long de l'internat.

A Monsieur le Docteur Denis Leguay,

Merci de m'avoir guidée et conseillée avec bienveillance pendant ce travail.

A Monsieur le Professeur Bernard Pachoud,

Merci de me faire l'honneur d'être membre de mon jury.

A Madame le docteur Camille Henry,

Merci pour ton amitié et ton soutien.

A Monsieur le docteur Frédéric Soulard,

Merci pour ton écoute attentive et tes conseils pertinents et précieux.

A mon équipe, Virginie, Elisabeth et Valérie,

Merci pour votre dynamisme, votre professionnalisme. Merci de m'avoir accompagnée dans mes premiers pas de médecin du travail.

A l'équipe de la MSA et Madame le docteur Emmanuelle Spiesser, Pascale Colinet et Carole Delaqueze,

Merci de m'avoir fait découvrir les spécificités du monde agricole et le risque chimique. Merci de m'avoir accompagnée sur mon travail de mémoire.

A l'équipe du ST72 et à Mme Le docteur Florence Bouvelot,

Merci de m'avoir initiée à la pratique de la médecine du travail, de m'avoir transmis le dynamisme et la façon novatrice d'aborder la médecine du travail et la prévention.

A Mesdames les docteur Marie-Pierre Lévy et Chantal Bertin,

Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir permis d'apprécier le métier du médecin du travail dans sa globalité.

A mes nouveaux collègues,

Merci pour les échanges, le soutien, l'aide pour la relecture.

A ma famille,

Merci Alioune, merci pour ta présence bienveillante, ton écoute attentive, tes conseils et ton soutien inconditionnel. Merci de m'avoir accompagnée pendant tout ce chemin depuis la reprise de mes études. Merci à mes enfants Massiga, Thierno et Dieylani, merci à Ibrahima. Vous m'apportez joie et gaieté au quotidien. Merci Massiga de me motiver à terminer mon travail de thèse.

Merci papa et maman, Béatrice, Florence, Christophe, Thiaka pour votre soutien et votre amour.

J'ai une pensée en finissant ce travail pour mes 4 grands parents qui sont une source d'inspiration et de volonté.

A mes amis,

Merci

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Exposé de la problématique : handicap psychique et travail

1.1. Chiffres clés et pathologies concernées

1.2. Retentissement fonctionnel et déterminants du retour à l'emploi : travail et neurocognition

1.3. Valeur thérapeutique du travail

1.4. Retour thérapeutique au travail et outils disponibles

2. Divulgence du trouble mental en entreprise

2.1. La divulgation du trouble mental en entreprise : enjeux

2.2. Obstacles et facilitateurs liés à la personne en situation de handicap psychique

2.3. Obstacles et facilitateurs au sein de l'entreprise

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Genèse du sujet étudié

2. Intérêts et Limites méthodologiques

3. Etat de l'art - Etat des lieux des connaissances sur le maintien en emploi des PSHP

3.1. Des facteurs individuels, ... et des facteurs organisationnels à prendre en compte dans un maintien en emploi

3.2. La RQTH, une démarche incontournable

3.3. Sensibiliser pour impulser une nouvelle dynamique d'inclusion des PSHP

4. Prise de hauteur et réflexion

4.1. Médecin du travail un acteur clé du maintien en emploi

4.2. La RQTH et les demandes d'aménagement restent des démarches stigmatisantes

4.3. Rôle des services de santé au travail – prévention - Appui et relais des démarches de sensibilisation des entreprises

5. Conclusion

5.1. Pistes d'amélioration et d'actions concrètes

5.2. Aller vers le bien-être au travail et des organisations plus souples permettant d'allier aménagement et compétitivité

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

RESUME

Introduction : Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), cinq des dix pathologies les plus préoccupantes du XXI^e siècle sont des maladies psychiques : schizophrénies, troubles bipolaires, addictions, dépressions et troubles obsessionnels compulsifs. Depuis les 20 dernières années on observe des avancées concernant la question du handicap psychique et du travail. Quels sont les freins persistants et les leviers à l'intégration des Personnes en Situation de Handicap Psychique (PSHP) en entreprise en milieu ordinaire.

Matériels et Méthodes : Une revue narrative de la littérature a été menée de juin 2020 à décembre 2021. Les recherches bibliographiques se sont concentrées sur les publications de quatre bases de données et sur deux ouvrages traitant du handicap psychique et du travail.

Résultats : L'emploi est un facteur de rétablissement pour les personnes en situation de handicap psychique. L'emploi accompagné est un dispositif permettant d'accompagner la PSHP et l'entreprise dans l'accès et le maintien en emploi. Les études montrent qu'il augmente les chances de se maintenir en emploi par rapport aux autres méthodes. Il se développe en France mais reste balbutiant et réservé aux situations les plus complexes alors que la remise précoce au travail est préconisée.

Conclusion : Le système de l'entreprise et le système médico administratif qui nous gouverne génèrent des obstacles à la fluidité du parcours d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique. Un accompagnement des entreprises, l'accès à la formation et à la sensibilisation du personnel de ressources humaines et des encadrants pour lutter contre la stigmatisation semblent indispensables pour donner l'opportunité aux personnes en situation de handicap psychique de mieux s'intégrer dans le monde de l'entreprise. La formation et le travail en réseau des professionnels de santé semblent également nécessaires. Le médecin du travail est un acteur clé du maintien en emploi. Il doit, avec les services de santé au travail, se saisir de cette problématique et être inclus dans les réflexions autour de l'accompagnement de cette population.

INTRODUCTION

Selon la définition commune du Bureau International du Travail et de l'OMS, la santé au travail vise différents objectifs précis, destinés à protéger les intérêts des salariés.

Le premier objectif consiste à maintenir un haut degré de bien-être physique, mental et social des salariés.

Le deuxième enjeu de la santé au travail a pour but de prévenir les risques auxquels sont exposés les employés sur leur lieu de travail et ainsi les protéger de tous dommages.

Le dernier objectif est de maintenir les salariés dans un emploi adapté à leurs capacités physiologiques et psychologiques.(1)

Le travail de cette thèse s'inspire des premiers pas d'un médecin du travail dans une équipe au sein d'un service de santé au travail inter-entreprise.

La médecine du travail est une spécialité passionnante, enrichissante alimentée par les données provenant du monde médical, provenant des domaines juridiques, sociaux, ergonomiques, de l'ingénierie, du monde du travail en perpétuelle évolution.

Elle s'inscrit dans une démarche de prévention collective et individuelle de la santé des salariés d'une entreprise. Le médecin coordonne les différentes interventions qui peuvent avoir lieu autour du salarié en individuel ou dans le cadre d'une démarche collective en entreprise.

Le médecin du travail a plusieurs missions. Il veille sur la santé des salariés et conseille également l'employeur sur toutes les problématiques liées aux conditions de travail.

Les deux tiers de son temps de travail sont destinés à rencontrer les salariés en individuel lors des consultations. Chaque consultation a pour objectif d'apporter la meilleure adéquation possible entre l'état de santé du salarié et son poste de travail.

Les consultations de pré reprise ou de reprise en lien avec des problématiques de santé et nécessitant d'adapter le poste de travail occupent aujourd'hui plus de la moitié des consultations du médecin du travail.

Le rôle du médecin du travail est d'accompagner chaque salarié afin de lui donner les moyens pour qu'il devienne acteur de son retour en entreprise. Ceci en lui apportant les informations et connaissances sur son état de santé, les répercussions et les aménagements possibles à moyen et long terme de son environnement de travail.

La communication avec l'employeur et le collectif de travail est essentielle dans cette démarche de retour au travail.

Dans certaines situations, le salarié va pouvoir être acteur de cette communication mais des situations plus complexes nécessiteront l'accompagnement de l'équipe de santé au travail.

La majorité des consultations d'un médecin du travail sont aujourd'hui des visites complexes avec des salariés présentant des pathologies pour lesquelles il est souvent nécessaire d'adapter le poste de travail à moyen ou à long terme.

On observe une part croissante des situations en lien avec les troubles psychiques.

L'OMS estime que 25 % de la population mondiale est concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble mental qui demeure au 3ème rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires !(2) Parmi les pathologies les plus préoccupants au XXIe siècle, 5 ont été identifiées par l'Organisation Mondiale de la Santé : la schizophrénie, le trouble bipolaire, les addictions, la dépression et le trouble obsessionnel compulsif.(3)

Dans le handicap psychique, secondaire à la maladie psychique, les capacités intellectuelles sont indemnes. C'est la possibilité de les utiliser qui peut être déficiente. La symptomatologie est instable, imprévisible.

L'insertion des personnes en situation de handicap psychique est un sujet d'actualité et une préoccupation de santé publique. Sur le plan professionnel, les troubles psychiques sont la 1^{ère} cause d'invalidité et d'arrêt maladie de longue durée avec des répercussions économiques importantes.(4)

Le législateur montre sa volonté d'intégrer les personnes en situation de handicap dans le monde du travail à travers notamment l'obligation d'emploi des personnes handicapées. La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) donne accès à un dispositif humain et financier permettant d'accompagner le salarié dans une adaptation pérenne de son poste de travail. Cette démarche nécessite cependant que l'employeur en soit informé.

Le handicap physique est de plus en plus reconnu mais le handicap psychique reste un sujet difficile à aborder en entreprise. De plus, les adaptations préconisées pour le handicap psychique portent la plupart du temps sur des mesures organisationnelles plus complexes à mettre en œuvre et pouvant faire l'objet de réticences de la part des employeurs.

De nombreuses études ont démontré les bénéfices du travail chez les personnes en situation de handicap psychique. Depuis plusieurs années se développe en France le dispositif d'emploi accompagné qui a déjà fait la preuve de son efficacité. Ce dispositif facilite la communication et la réactivité des différents professionnels intervenant auprès du salarié et assure un accompagnement sur le long terme pour optimiser les chances de conserver un emploi. Ce suivi rapproché en entreprise concernant la situation de santé et la situation de travail permet d'être réactif et d'adapter les aménagements de poste. Ce dispositif est pleinement efficace si la personne a fait part de sa situation de handicap à son employeur.

Lors de l'accompagnement dans un processus de maintien en emploi d'un salarié en situation de handicap psychique, la question du dévoilement du handicap va donc se poser. La préoccupation principale est de ne pas nuire au salarié et de lui apporter un contexte de soutien dans l'entreprise. Un des risques du dévoilement est de majorer la stigmatisation qui irait à l'encontre d'un retour thérapeutique au travail.

La connaissance de l'employeur, de l'entreprise et du collectif de travail est indispensable pour orienter la prise de décision sur le dévoilement ou non de la pathologie psychique à l'employeur.

Des dispositifs existent pour prendre en compte les situations de handicap psychique en entreprise mais la lourdeur des délais administratifs nécessaires à la mobilisation de ces aides, la complexité de

la mise en place des aides et le manque de clarté sont une perte de chance pour le salarié. Les préjugés concernant les personnes en situation de handicap psychique perdurent et sont un réel frein à l'avancée du maintien en emploi de cette population.

Des solutions sont donc identifiées pour permettre d'avancer sur la question du maintien en emploi des personnes en situation de handicap psychique. Elles peinent cependant à être déployées. Ce travail a pour objectif de revenir sur les avancées concernant la question du handicap psychique et du travail depuis ces 20 dernières années et d'identifier les freins et les leviers à l'intégration des PSHP en entreprise en milieu ordinaire. L'objectif est de cerner des pistes d'action en faveur du maintien en emploi des personnes en situation de handicap psychique en milieu ordinaire et de mettre en évidence le rôle que doit prendre le médecin du travail dans ce processus.

MÉTHODES

Les recherches bibliographiques ont été effectuées en deux temps :

Dans un premier temps à partir de deux ouvrages :

- Du trouble mental à l'incapacité au travail : une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention publié en 2011.

C'est un ouvrage collectif dirigé par Marc Corbière et Marie José Durand, deux professeurs chercheurs qui ont publié notamment sur le thème santé mentale et travail.

- Identifier les freins et les leviers à l'embauche et au maintien en emploi des personnes en situation de handicap psychique

Ce rapport financé avec le soutien des œuvres Falret a été mené par l'Association Ligérienne Personnes Handicapées Adultes (ALPHA) en partenariat avec le Centre Ressource Handicap Psychique des Pays de la Loire (CReHPsy).

L'œuvre Falret est une association, fondée en 1841 par le psychiatre français Mr Jean-Pierre Falret, qui accompagne les personnes souffrant de troubles psychiques. Elle se bat pour permettre leur intégration dans la société et pour défendre leur citoyenneté.

L'objectif de cette recherche était de mettre en évidence des facteurs de réussite de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap du point de vue de l'employeur afin d'émettre certaines recommandations visant à faciliter l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap. 42 entretiens semi dirigés ont été menés auprès d'entreprises ligériennes. Cette étude possède des biais de sélection et de désirabilité sociale mais elle permet de dégager des hypothèses de travail. De nombreux travaux ont été publiés sur l'évaluation des capacités et les déterminants de réussite de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique, mais peu d'évaluations ont été menées auprès des entreprises et des employeurs.

Ces deux ouvrages ont été complétés dans un second temps par des recherches bibliographiques réalisées entre le 1 juin 2020 et le 31 décembre 2021. Les recherches bibliographiques sont

essentiellement ciblées sur les études parues depuis la loi de 2005 en faveur des personnes en situation de handicap et qui a permis le développement dans les pays anglo-saxon des mesures de soutien à l'insertion professionnelle pour les personnes en situation de handicap psychique.

Les recherches ont été faites sur les documents en langue française et en langue anglaise :

- L'anglais est la langue internationale scientifique et le principe du job coach s'est développé dans les pays anglo-saxons.
- L'objectif de ce travail est de proposer des pistes de réflexion pour faire progresser le maintien en emploi des PSHP en France. Le système français est spécifique. La particularité par rapport aux autres pays est la présence de la médecine du travail qui est une spécialité reconnue et bien ancrée dans le système médico-administratif français.

Les recherches en français ont été réalisées avec google scholar et cairn avec les mots-clés suivants : troubles mentaux graves, troubles mentaux courants, handicap psychique, retour au travail, retour à l'emploi, maintien en emploi, job coach.

Les recherches en anglais ont été réalisées avec pubmed et the cochrane library avec les mots clés suivants : mental disorder, psychotic disorder, psychiatric disability, return to work, job retention.

Un lecteur unique a procédé à la sélection et l'analyse de la littérature. Seules les études rédigées en langue française et en langue anglaise ont été sélectionnées. Le choix des études a été réalisé après lecture du titre puis du résumé. Les études traitant des troubles psychiques et du retour et du maintien au travail ont été incluses. Le travail étant défini comme une activité professionnelle rémunérée en milieu ordinaire ou en milieu protégé. Les articles référencés au sein de la littérature choisie ont également été consultés ainsi que les revues citant les articles retenus.

RÉSULTATS

1. Exposé de la problématique : handicap psychique et travail

D'après Claire Le Roy-Hatala « La situation de handicap psychique en milieu de travail n'est pas consécutive du diagnostic mais émerge de la façon dont les symptômes ou les conséquences de la maladie vont s'exprimer dans l'emploi. »(5)

1.1. Chiffres clés et pathologies concernées

Selon l'OMS, cinq des dix pathologies les plus préoccupantes du XXI^e siècle sont des maladies psychiques : schizophrénies, troubles bipolaires, addictions, dépressions et troubles obsessionnels compulsifs. Une personne sur trois sera touchée par un trouble psychique au cours de sa vie. Ces troubles constituent le premier poste de dépenses par pathologie de l'Assurance maladie mais également la première cause d'arrêt de travail de longue durée.(6) La prévalence des pathologies psychiques est la plus importante entre 35 et 65 ans. Elles touchent donc principalement les personnes au cours de leur vie active, par opposition à la plupart des autres pathologies qui affectent davantage les personnes âgées.(7)

1.2. Retentissement fonctionnel et déterminants du retour à l'emploi : travail et neurocognition

1.2.1. Le retentissement fonctionnel des pathologies psychiques

Les conséquences des maladies psychiques peuvent être évaluées selon 3 dimensions permettant de mesurer de manière qualitative et quantitative les troubles : la symptomatologie, les troubles cognitifs et le retentissement fonctionnel (C'est-à-dire les répercussions de la maladie sur les différents domaines de la vie quotidienne).(8,9)

Cependant, comme l'écrit Bernard Pachoud, les symptômes et les troubles cognitifs n'expliquent que partiellement le retentissement fonctionnel.(8)

Pour la schizophrénie, les études ont montré que, seuls la symptomatologie négative (ralentissement, altération de la motivation, voire de la volonté, appauvrissement de l'activité) et certains des troubles cognitifs (la mémoire verbale, l'attention et les fonctions exécutives) constituent des facteurs prédictifs

de l'aptitude au travail.(8) En effet, la symptomatologie positive (phénomènes hallucinatoires, idées délirantes, désorganisation de la pensée et du discours) est un bon indice de la sévérité des troubles mais interfère peu sur les performances de travail.(9) La symptomatologie négative est, en partie au moins, corrélée au retentissement fonctionnel.(9,10) Les performances cognitives ne sont pas le principal facteur conditionnant l'obtention d'un emploi mais elles jouent un rôle un peu plus important pour le maintien en emploi(10). On note, par exemple, la capacité à retenir les consignes qui est conditionnée par la mémoire verbale de travail mais qui peut être altérée par les troubles attentionnels on peut citer également les capacités d'initiative, d'appropriation de la tâche, ...

Chez les personnes souffrant de troubles bipolaires, si les troubles cognitifs sont plus marqués en phase aiguë, la mémoire de travail, l'attention et les fonctions exécutives (capacités de planification, de catégorisation, d'inhibition) restent perturbées même en période euthymique.(11) Ils ont un impact sur le retentissement fonctionnel.

Le retentissement fonctionnel des maladies psychiques est variable et évolutif dans le temps. Il peut toucher les domaines de la vie professionnelle, de la vie sociale mais également la qualité de vie subjective et l'autonomie ou l'indépendance dans la vie quotidienne.(8,9)

Les rechutes fréquentes peuvent être à l'origine d'arrêt et d'absences du milieu de travail. La variation des symptômes peut être importante même au quotidien : fatigabilité (secondaire aux symptômes ou au traitement), troubles de la communication, de la concentration, de l'orientation. Les conséquences de la maladie peuvent provoquer des ruptures avec le monde du travail.

1.2.2. Paramètres à prendre en compte dans l'évaluation des possibilités de réinsertion

L'évaluation psychopathologique et cognitive reste insuffisante à l'appréciation des possibilités de réinsertion. D'autres paramètres jouent un rôle important :

- Les facultés métacognitives d'appréciation de ses capacités :

La métacognition se définit comme l'évaluation et la régulation de ses propres processus cognitifs. D'après Paul Lysaker, les capacités métacognitives permettent d'élaborer, de concevoir et de réviser des jugements sur ce que l'on croit, sent, rêve, ou craint.(12) Les compétences métacognitives seraient associées à la conscience du trouble et à la capacité à consentir au traitement.(13) Elles jouent un rôle clé dans la traduction des compétences cognitives en compétences dans la vie quotidienne.(13) En effet, la conscience de ses difficultés cognitives et de ses ressources impacte la capacité de la personne à compenser son handicap et à contourner les difficultés. Les facultés métacognitives sont liées au sentiment d'efficacité personnelle dans un certain nombre de domaines, et aux modalités du rapport à soi (estime de soi, confiance en soi...).

- La cognition sociale impactant les capacités relationnelles et les compétences sociales :

La reconnaissance et la compréhension des émotions aident à comprendre, prédire et juger les comportements. L'habileté sociale est l'habileté à tenir compte du contexte dans une situation sociale donnée. Elle permet de trouver des explications équilibrées concernant les causes des situations positives et négatives dans lesquelles nous sommes impliqués.(14,15)

Les personnes atteintes de schizophrénie ont, par exemple, des difficultés à détecter les intentions et les émotions d'autrui à partir d'indices verbaux et visuels.

- Le niveau de formation scolaire et professionnelle antérieur à la maladie, ainsi que l'expérience acquise en milieu professionnel avant la maladie.

Le rapport qu'entretient la personne au travail dépend de l'expérience professionnelle acquise, de la valeur et du sens accordée au travail, de la durée d'interruption d'activité.(8)

- Les facteurs motivationnels déterminés par le sentiment d'efficacité personnelle et la reconnaissance.

Marc Corbière explique que le sentiment d'efficacité (c'est à dire la confiance dans ses habiletés pour atteindre des buts personnels et professionnels) est lié aux expériences de succès antérieures, à

l'apprentissage par observation, à l'encouragement et au soutien autour de soi, aux sources émotives reliées au comportement (ex : anxiété).(16)

- La motivation intrinsèque et le projet de vie

La personne en situation de handicap psychique doit s'approprier son projet d'activité professionnelle. Il doit correspondre à une réelle envie de la PSHP et aboutir à une satisfaction personnelle. Chez les personnes vivant avec un trouble schizophrénique, par exemple, il peut exister un apragmatisme et c'est parfois la famille qui est à l'initiative du projet professionnel. La situation subie ne correspondra pas forcément aux attentes de la PSHP alors que, comme le précise Marc Corbière, lorsque les préférences et les compétences professionnelles de l'individu sont congruentes avec son milieu de travail, la durée du maintien dans l'emploi est accrue.(17)

- Les aspects propres à l'activité de travail :

Deux obstacles majeurs à l'insertion professionnelle des PSHP sont des facteurs externes : les préjugés à l'égard des problèmes de santé mentale et des personnes qui en souffrent ainsi que le contexte socio-économique. La stigmatisation peut en effet nuire au sentiment d'efficacité. Par ailleurs, les exigences de rentabilité, la compétition, le rythme de travail trop intense, des communications constantes et quasi instantanées, représentent des sources de stress qui peuvent affecter la stabilité émotionnelle de la personne. Le manque de reconnaissance des compétences et du potentiel de la personne peut également entraîner une dévalorisation et une démobilisation.(16)

- Les ressources propres à l'environnement du sujet et la capacité de tirer profit de ces ressources ou à les mobiliser.

Le diagnostic n'est donc pas un facteur déterminant de la réinsertion professionnelle. Pour Bernard Pachoud, les paramètres motivationnels et liés au travail, ainsi que des aptitudes relationnelles sont des facteurs prédictifs prépondérants de retour à l'emploi.(8)

Ainsi, les personnes atteintes de troubles anxieux ou névrotiques graves avec un retentissement sur les capacités relationnelles, sur l'attention et la concentration peuvent rencontrer des difficultés à se réinsérer dans le monde professionnel plus importantes que des personnes souffrant de troubles psychotiques tels les schizophrénies.(8)

Au-delà de l'évaluation psychopathologique ou des performances cognitives, l'évaluation doit donc recueillir les autres dimensions telles que le projet de vie ou le choix de vie, le parcours de vie, les habiletés sociales, le rapport à la maladie et les ressources personnelles ou propres à l'entourage. Les pratiques de remédiation cognitive et celles d'entraînement aux habiletés sociales permettent d'améliorer significativement les chances d'accéder à l'emploi et de s'y maintenir.(10)

Il peut exister un écart entre ce que la personne est en théorie capable de faire et ce qu'elle réalise dans sa vie quotidienne. Le développement d'échelles prenant en compte le fonctionnement réel au quotidien (real world functioning RWF) des PSHP pourrait apporter des indices sur les capacités mobilisables en situation professionnelle.(18)

1.3. Valeur thérapeutique du travail

L'activité professionnelle est un des facteurs contribuant le plus efficacement au rétablissement des personnes en situation de handicap psychique. Comme le décrivent Dominique Velche et pascale Roussel, elle permet grâce à l'inclusion et la reconnaissance sociale d'améliorer leur qualité de vie et de contribuer à la stabilisation de leur état de santé.(19)

L'acquisition d'une identité sociale professionnelle permet de ne plus se définir en tant que "malade mental", identité très stigmatisante sur le plan social et professionnel. L'exercice professionnel favorise la reconnaissance sociale de ses compétences, ses capacités, et sa contribution aux tâches collectives et contribue à l'estime de soi. La reconnaissance des collègues est un facteur principal de l'estime de soi. L'exercice professionnel permet de développer ses capacités à faire face à ses responsabilités et à gérer son stress développant ainsi l'autonomie personnelle. En renforçant le sentiment d'efficacité, il majore également la confiance en soi. Enfin il participe au rétablissement grâce à l'autonomisation et à l'indépendance. L'activité professionnelle est également une opportunité de contacts sociaux et permet de structurer ses journées participant au sentiment d'inclusion dans la vie sociale et

professionnelle. La réussite ou l'adaptation à la vie professionnelle contribue à restaurer un sentiment d'efficacité et ainsi à retrouver le pouvoir d'agir (empowerment).(16,19)

Pour les personnes souffrant de troubles psychotiques, l'emploi peut s'avérer bénéfique avec une réduction des symptômes et du nombre d'hospitalisations.(19)

L'emploi reste cependant une réalité controversée. Les preuves empiriques de ces bénéfices ne sont pas déterminantes. Ainsi, le développement des relations sociales ne serait pas expérimenté par les personnes handicapées, et des limites leur seraient imposées en matière d'heures travaillées et de types de tâches, tandis que les résultats en termes d'estime de soi ne seraient pas attestés.(19) Il existe régulièrement un décalage entre le niveau de formation initiale, les aspirations du salarié et la réalité du poste que la personne parvient à obtenir. Enfin, la stigmatisation, la pression et le stress au travail restent des obstacles à l'insertion professionnelle.(16,19)

Néanmoins, des approches statistiques globales suggèrent que les taux d'hospitalisation seraient plus élevés durant les dépressions économiques que dans des économies de plein-emploi. De plus, d'autres travaux montrent que le chômage est mauvais pour la santé mentale.(19) Il a également été montré que les personnes qui exercent un emploi en milieu ordinaire ont une meilleure qualité de vie et satisfaction de leur situation, que les personnes qui ont des activités autres, non rémunérées.(20) Les personnes sans emploi présentent un risque plus important de souffrir de troubles psychiques (troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles liés à l'usage de substances).(21)

La réinsertion professionnelle reste un enjeu essentiel pour les personnes en situation de handicap psychique qui s'approprient cette demande.

La remise en question de l'employabilité des PSHP contribue à la mise en échec de cette réinsertion. Les études montrent, cependant, que cette réinsertion est possible dans la majorité des cas, en milieu ordinaire, à condition de bénéficier d'un accompagnement approprié et individualisé. De plus, Marie-Christine Hardy-Baylé rappelle que de nombreuses personnes présentant des troubles mentaux souhaitent pouvoir exercer une activité professionnelle.(10) L'Organisation Mondiale de la Santé relève que 90 % des personnes ayant des problèmes de santé mentale sont sans emploi alors qu'elles sont prêtes à s'insérer sur le marché régulier du travail.(8)

L'insertion professionnelle devient donc un enjeu majeur du processus de rétablissement et plus seulement un outil de stabilisation des troubles et d'inclusion sociale. Elle doit pouvoir autant que possible se réaliser en milieu ordinaire pour ne pas entretenir une forme de discrimination. La loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » et le rapport le Houérou abondent dans ce sens.

Au cours de la dernière décennie, le lien entre la santé mentale de la population active et la santé économique des entreprises et des nations a été de plus en plus reconnu.(21) L'incapacité au travail entraîne des coûts directs importants en lien avec les accidents de travail, les maladies professionnelles mais également indirects dus aux remplacements des salariés. Les coûts annuels des troubles mentaux sont essentiellement les coûts engendrés par la baisse de la productivité (absentéisme, présentéisme, invalidité).(21) La surcharge de travail induite se répartit pour les collègues ce qui les expose à des facteurs de risque pouvant favoriser l'apparition de problèmes de santé. Les problèmes de santé d'une personne ont donc des répercussions sur la collectivité. Les troubles mentaux représentent 25 % de l'ensemble des maladies et accidents qui surviennent dans les pays développés (Organisation mondiale de la santé, 2001).(21)

La Convention sur les droits des personnes handicapées, adoptée par l'Organisation des Nations Unies le 16 décembre 2006, reconnaît le droit au travail sans discrimination basée sur le handicap ; en incluant dans sa définition le handicap mental. Elle rappelle l'obligation pour les États non seulement de promouvoir l'accès et le maintien en emploi des personnes handicapées, mais aussi de faire en sorte que des « aménagements raisonnables » soient effectués dans les lieux de travail afin de répondre à leurs besoins (art. 27).(22)

L'intégration professionnelle durable des personnes en situation de handicap psychique est donc devenue un axe important des politiques de santé mentale. Ce qui a permis de développer des ressources pour développer l'accompagnement et le maintien en emploi.(10)

Outre la politique d'obligation d'emploi des travailleurs handicapés établi à 6%, la loi relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels du 8 août 2016 apporte une reconnaissance légale au dispositif d'emploi accompagné. Le dispositif de l'emploi

accompagné, opérationnel depuis fin 2017 permet d'accompagner les PSH vers et dans l'emploi en milieu ordinaire de travail. Les personnes accompagnées relèvent pour 80% de troubles du psychisme, de déficience intellectuelle ou de troubles du spectre autistique. Lors de la conférence nationale du handicap du 19 mai 2016, le Président de la République française, François Hollande, a annoncé qu'un volet spécifique de la stratégie pluriannuelle de l'évolution de l'offre médico-sociale serait dédié au handicap psychique. Le gouvernement souhaite en complément du dispositif d'emploi accompagné faire évoluer le regard de la société sur la santé mentale et le handicap psychique.

1.4. Retour thérapeutique au travail et outils disponibles

Le progrès des thérapeutiques médicamenteuses (plus respectueuses des performances cognitives), le raccourcissement des prises en charge hospitalières ainsi que les interventions spécifiques visant à réduire les limitations fonctionnelles telle que la remédiation cognitive et l'entraînement aux habilités sociales rendent possible et légitime l'accès à l'emploi des PSHP.

La remédiation cognitive consiste à entraîner les fonctions cognitives déficitaires pour les restaurer ou à adapter l'environnement de la personne pour diminuer le coût cognitif en utilisant des aides externes (agenda, calendrier, ...).(23)

Comme l'explique Bernard Pachoud, pour les maladies psychiques, les résultats des recherches montrent que l'accès à l'emploi est davantage conditionné par les performances cognitives, les facteurs personnels et environnementaux que par la pathologie elle-même.(8) Les variables individuelles telles qu'un âge avancé, la sévérité des symptômes, une faible estime de soi, des expériences de travail peu soutenues ou encore une longue absence du marché du travail prédisent significativement une moindre durée de maintien dans l'emploi pour ce public. En revanche, lorsque les préférences et les compétences professionnelles de l'individu sont congruentes avec son milieu de travail, la durée du maintien dans l'emploi est accrue.(17) Les effets des traitements, la fatigabilité, la lenteur d'exécution, les troubles de la concentration, les difficultés à retenir les consignes sont également des éléments à prendre en compte.(12) L'évaluation doit donc réunir le diagnostic, le projet de vie, le fonctionnement cognitif, le parcours de vie ; mais également le rapport à la maladie les compétences sociales ainsi que les

ressources personnelles et/ou propres à l'entourage (estime de soi, réseaux de soutien social, familial ou professionnel...).(8)

L'insertion professionnelle durable des personnes en situation de handicap psychique est devenue une préoccupation d'actualité, en tant que facteur majeur d'inclusion sociale et de rétablissement. Elle s'inscrit dans le processus de réhabilitation psychosociale de la PSHP. L'accompagnement doit permettre de prendre en compte la fluctuation des symptômes et les régressions, les rechutes, les stagnations qui ponctuent chaque parcours. L'évaluation du handicap et des possibilités de réinsertion est plus qu'une évaluation clinique et psychopathologique. Une approche pluridisciplinaire est nécessaire pour accompagner ces personnes et ainsi permettre leur retour et leur maintien en emploi.

1.4.1. L'emploi accompagné

Depuis les 20 dernières années de nombreuses publications sont parues sur la réinsertion professionnelle des PSHP. Les études ont montré l'importance des déterminants externes et en particulier le mode et la qualité de l'accompagnement vers et dans l'emploi. Les pratiques d'emploi accompagné montrent une efficacité supérieure en terme d'insertion en milieu ordinaire et de maintien au poste de travail que les méthodes traditionnelles de réinsertion qui reposaient sur la progressivité et le réentrainement préalable à l'insertion en milieu de travail (ESAT, entreprise adaptée, ...)

Garry Bond, Robert Drake et Deborah Becker ont démontré que l'emploi accompagné permet d'obtenir un taux d'insertion en milieu ordinaire de travail au moins deux fois supérieur à celui obtenu par les pratiques traditionnelles d'aide à la réinsertion pour ces personnes(24,25) ainsi que de meilleurs taux d'insertion (61% contre 23% avec les pratiques de préparation au retour à l'emploi).(25)

L'emploi accompagné se base sur le principe du "Place and train" : insérer d'abord, puis former et soutenir dans le cadre de l'activité de travail. Cette méthode propose un accompagnement individualisé et pérenne après l'entrée en emploi. Cela permet d'éviter les étapes préparatoires de réinsertion qui tendent à retarder l'accès à l'emploi, tout en assurant sur le long terme un réel soutien dans l'activité de travail. Il est souhaitable que ce soutien puisse être réalisé sur le lieu même de travail, ce qui suppose que l'employeur et le collectif de travail, soient informés au moins dans une certaine mesure de la situation de handicap et des mesures de soutien mises en place. Un seul intervenant, le "conseiller

en emploi spécialisé”, ou job coach, accompagne la personne dans sa recherche d’emploi ainsi que dans le maintien à son poste de travail. Il existe une variété de mise en œuvre de cette pratique mais le modèle IPS conçu pour ce public au début des années 90 par Bob Drake et Deborah Becker se révèle un des plus efficaces. Ce modèle se base sur 8 principes(26,27) :

1° Le principe de l’exclusion zéro

2° L’objectif est l’emploi en milieu ordinaire

3° La recherche d’emploi débute rapidement

4° Le conseiller en emploi spécialisé doit être en relation étroite avec l’équipe soignante

5° Les préférences du demandeur d’emploi, quant au type d’activité de travail, sont prises en compte

6° Un travail d’ajustement du poste (job development) doit être fait, en fonction des capacités du demandeur d’emploi, mais aussi en lien avec l’employeur pour optimiser l’adéquation entre le poste offert et les capacités de la personne.

7° Le soutien dans l’emploi est continu et pérenne

8° Des conseils et un soutien sont apportés aux personnes en matière de prestations sociales.

Ce qui permettrait à ce modèle de faire ses preuves repose sur l’empowerment du conseiller ainsi que du bénéficiaire ; c’est-à-dire qu’il leur permet de retrouver le pouvoir d’initiative et d’autonomie en s’affranchissant d’une organisation lourde. Le conseiller en emploi spécialisé est non seulement affranchi des contraintes de coordination d’autres intervenants de l’insertion/réadaptation, mais il joue en réalité lui-même un rôle pivot de coordinateur entre le travailleur accompagné, l’entreprise qui l’embauche, l’équipe soignante et les intervenants sociaux. L’empowerment des accompagnants apparaît comme une des conditions de l’empowerment des personnes accompagnées.(28)

1.4.2. Le job coach

Les résultats en termes de réinsertion et de maintien en emploi dépendent essentiellement de la qualité de l’accompagnement et plus particulièrement de certaines compétences et aptitudes du job coach :

- L’aptitude du conseiller à établir un lien de confiance et de collaboration avec les acteurs de l’entreprise (l’employeur, le supérieur immédiat)

- Savoir négocier pour optimiser l'adéquation entre l'emploi proposé et les compétences de son candidat pour ce poste (job development).
- Établir une relation de qualité avec le supérieur immédiat du travailleur, pour permettre éventuellement des aménagements de travail.
- La continuité et la réactivité du suivi
- Une bonne connaissance, par le conseiller, de la culture de l'entreprise pour aider le travailleur à s'y adapter.(29)

Les job coach viennent plutôt du monde l'entreprise, avec une connaissance de sa culture, de ses contraintes et de ses ressources.

1.4.3. Les interventions en milieu de travail, les aménagements du poste de travail

Les études montrent que près de la moitié des personnes avec un trouble mental quittent ou perdent leur emploi dans les 6 mois suivant la réinsertion professionnelle.(30,31) La mise en place d'aménagement dans le milieu de travail joue un rôle essentiel pour la reprise d'une activité professionnelle et plus encore pour le maintien en emploi.(24) Pour Pierre Lemieux et Georgia Pomaki, les interventions en milieu de travail sont efficaces pour réduire la durée des absences, pour améliorer la qualité de vie générale et au travail de ceux-ci ainsi que pour réduire les coûts associés à cette problématique de santé.(32,33)

L'acceptation et la prise de conscience du handicap et des troubles est donc essentielle dans la réalisation d'un projet professionnel afin de mettre en place des aménagements pertinents.

Les aménagements peuvent porter sur le rythme de travail (temps partiel, horaires adaptés).(19) Des informations données à l'entreprise et au supérieur direct vont permettre d'insister sur l'importance d'être clair et précis en énonçant les consignes, sur l'importance de laisser le temps nécessaire à la mémorisation des consignes et à l'organisation du travail. L'expérience de la maladie entraîne souvent une perte de confiance en soi et une dévalorisation notamment professionnelle. Il en résulte une anxiété et des peurs incontrôlables. Il peut être proposé la mise en place d'un accompagnement du salarié pour valoriser ses compétences et sa participation, tout en l'autorisant à exprimer ses craintes.

1.4.4. Pharmacothérapie et psychothérapie

Concernant les troubles mentaux courants, le retour au travail peut s'envisager avant le recouvrement complet de la santé. Il est une étape cruciale à franchir et est souvent marqué par un sentiment de vulnérabilité et par la crainte d'un échec.(34) La pharmacothérapie et la psychothérapie peuvent avoir un impact sur la réduction des symptômes ou l'amélioration du fonctionnement, mais elles n'ont pas ou peu d'impact sur la reprise du travail.(34) Pour Louise Saint Arnaud le retour au travail peut s'inscrire dans un processus de guérison si les différents facteurs participant au retour et au maintien en emploi sont pris en compte. (34)

1.4.5. Facteurs individuels et organisationnels dans l'analyse du phénomène :

Le retour au travail doit tenir compte des facteurs de risque organisationnels qui ont participé à l'arrêt de travail. Une vigilance sera apportée sur les facteurs de risques psychosociaux connus : la demande psychologique, la faible autonomie décisionnelle, le faible soutien social ou encore le déséquilibre entre les efforts et la reconnaissance.

Les événements de la vie personnelle peuvent contribuer à fragiliser l'état de santé mais une proportion importante des travailleurs qui s'absentent pour des problèmes de santé mentale le font en raison des difficultés vécues dans le cadre de leur travail.(34) L'intensification du travail serait responsable d'une proportion importante des absences liées à un problème de santé mentale.(34) Les nouvelles pratiques de gestion perturbent les rapports sociaux, fragilisent les collectifs de travail et la capacité d'entraide et de savoir-vivre ensemble.(35)

1.4.6. Rôle des acteurs touchés par la gestion de l'absence

Ce sont des facteurs qui jouent sur l'anticipation du retour au travail et des conditions de retour.

Louise Saint-Arnaud et Marc Corbière ont identifié que les personnes qui ont été soutenues tout au long de leur arrêt de travail, à la fois par leurs collègues et par leur supérieur, anticiperaient plus positivement leur retour au travail.(34)

L'entraînement progressif en milieu de travail permet au salarié de se réappropriier les différentes tâches de travail et de reprendre confiance dans ses capacités afin de reconstruire son identité socioprofessionnelle de travailleur.

Il est important de préparer le retour au travail en confirmant avec l'employeur les conditions de retour et en anticipant l'accueil avec les collègues de travail en particulier lorsque la situation avant l'arrêt a généré des perturbations dans les rapports sociaux.

1.4.7. Conditions de soutien dans le milieu de travail qui participent à l'intégration et au maintien en emploi des travailleurs ou qui l'empêchent :

La Convention sur les droits des personnes handicapées donne à l'employeur des obligations relatives au maintien en emploi des personnes en situation de handicap psychique et à l'application de mesures d'aménagement du poste de travail. Le supérieur immédiat est l'acteur de l'organisation de travail responsable de la mise en œuvre des mesures d'accommodement. Celles-ci sont influencées par les ressources humaines et matérielles mises à sa disposition. Il est également un acteur clé pour apporter le soutien nécessaire et permettre la mise en place des conditions favorables au retour. Les attitudes et le comportement du supérieur immédiat influence le retour au travail des personnes souffrant de trouble mental courant mais également de troubles mentaux graves.(32)

Le soutien du supérieur immédiat peut prendre plusieurs formes : encourager l'employé, faire preuve d'empathie et de compréhension et faire preuve d'ouverture. Pour Pierre Lemieux, ce soutien donne aux salariés le sentiment d'être apprécié et facilite le retour au travail. Il peut également jouer un rôle sur la perception des collègues de travail et faciliter le retour au sein du collectif et l'acceptation des aménagements.(32) En effet, certaines mesures peuvent avoir des impacts sur le milieu de travail et les collègues (répartition de tâches par exemple).

La mise en place de changements organisationnels favorables (temporaires ou permanents) et le soutien des collègues et des supérieurs hiérarchiques permettent à la personne d'envisager une reprise progressive et de reprendre confiance dans ses capacités professionnelles ; ils sont déterminants pour envisager un retour et un maintien en emploi. A l'inverse, l'anticipation d'un retour dans des conditions de travail difficiles influence négativement le processus de rétablissement.(32) Le retour progressif avec une progression dans le temps et dans la tâche est la mesure la plus utilisée pour permettre au

travailleur de se réapproprier son poste. Dans certains milieux il est parfois possible de permettre une flexibilité horaire.

Ces mesures doivent tenir compte du contexte économique et des objectifs de rentabilité des organisations de travail. La communication entre le salarié, l'employeur et le supérieur immédiat réduit la durée de l'arrêt.(32)

1.4.8. Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

La reconnaissance (de la) qualité de travailleur handicapé (RQTH) est pour le moment en France indispensable pour justifier le maintien des aménagements de poste et envisager un maintien en emploi à long terme ; elle est indispensable pour mettre en place le dispositif d'emploi accompagné. Elle permet également des aides financières compensatoires pour les entreprises.(7)

1.4.9. Le médecin du travail

Le médecin du travail est également un acteur central pour le maintien en emploi. La visite d'embauche, de pré reprise ou de reprise est l'occasion de s'assurer de l'adéquation du poste avec l'état de santé du salarié. Le médecin du travail peut être à l'initiative de la demande de la RQTH, de la mise en place de l'emploi accompagné. La visite de pré reprise permet d'anticiper le retour au travail et de s'assurer d'une communication effective entre les différents acteurs (employeur, supérieur direct, ressources humaines et salarié). Les outils à sa disposition sont la fiche d'aptitude via laquelle il préconise des aménagements du poste de travail, les études de poste qui sont l'occasion d'échanger avec l'employeur. Des outils ont été élaborés pour l'aider dans l'évaluation des obstacles au retour en emploi et identifier les interventions prioritaires et les leviers sur lesquels s'appuyer : Obstacles au Retour au Travail Et Sentiment d'Efficacité pour les Surmonter (ORTESES), Outil d'Identification de la Situation de Handicap au Travail OISHT. Le rôle du médecin du travail est de déterminer la situation de handicap au travail, de permettre au salarié de s'engager dans un processus de retour au travail (à l'aide de simulation de tâches, visites en milieu de travail), de créer un contexte favorable de retour en permettant la communication entre les différents acteurs et d'assurer le suivi et la reprise progressive des exigences de travail.

1.4.10. Dévoilement de la situation de handicap psychique

Pour que de telles interventions spécifiques puissent avoir lieu en entreprise, il est indispensable de dévoiler, au moins en partie la situation de handicap à l'employeur et au collectif de travail. (10) La divulgation pourra permettre de justifier la mise en place de mesures d'accommodement pour favoriser le retour au travail. Cependant, comme l'explique Heather Stuart, la divulgation d'un trouble mental dans certains milieux de travail est susceptible d'entraîner une stigmatisation dont l'employé sera victime et ainsi de compromettre son retour au travail.(36)

De nombreuses représentations persistent sur les aménagements coûteux et le manque de productivité lors du retour au travail d'un salarié en situation de handicap psychique.(36) "L'intervenant en charge du retour au travail devra donc prendre en compte les perceptions de l'employeur et aura le rôle de démystifier les représentations potentiellement erronées relatives au retour au travail d'un employé avec un trouble mental".(36)

2. Divulgence du trouble mental en entreprise

2.1. La divulgation du trouble mental en entreprise : enjeux

2.1.1. Divulguer son trouble mental en entreprise

Le trouble mental, comme toutes les pathologies, relève du secret médical. Les salariés n'ont pas à le révéler à leur supérieur hiérarchique ou à leurs collègues. Certains salariés peuvent cependant être amenés à divulguer leur trouble mental au sein de l'entreprise. Plusieurs raisons peuvent justifier ce choix :

Certaines personnes souhaitent contribuer à la normalisation des troubles psychiques en milieu de travail en divulguant leur diagnostic. Il est alors important d'apporter des précisions pour permettre de comprendre ce qui est derrière ce diagnostic en explicitant les symptômes et leur impact sur le quotidien au travail.(37) Le salarié peut, par exemple, exprimer une fatigabilité, des troubles de la concentration justifiant un bureau isolé ou du télétravail pour limiter les interruptions de tâches...

Le plus souvent, cette divulgation est motivée par la demande de mesures d'aménagement du poste de travail qui peuvent conditionner le maintien en emploi.(17)

Si nous prenons pour exemple les entreprises à économie sociale, la divulgation du trouble mental qui est un pré requis et les aménagements qui en découlent pourraient expliquer la durée de maintien en emploi significativement plus longue pour les salariés insérés dans ces entreprises que pour les personnes qui relèvent du milieu ordinaire.(17)

En milieu ordinaire, la personne révèle souvent sa pathologie quand elle se trouve dans un contexte de difficultés ou à risque de le devenir. En effet, les problèmes de santé mentale sont souvent cachés parce que la personne elle-même ou son entourage ne sont pas prêts ou capables d'admettre le problème de santé ou par peur des conséquences négatives d'un dévoilement. La diversité des troubles et de leur impact est méconnue du grand public et du monde professionnel. Le stigmat social qui en découle peut être à l'origine d'une détresse psychologique, d'une démoralisation, d'une moindre participation sur le marché du travail.(17)

En l'absence de communication sur ce sujet tabou et méconnu, les équipes de travail peuvent être amenées à compenser la fragilité de leur collègue. La compensation de l'équipe sur une durée trop longue est source de difficultés professionnelles et de tensions relationnelles. Le maintien en emploi est au contraire facilité lorsqu'il est possible d'instaurer un dialogue, de sensibiliser et d'accompagner l'équipe de travail, et de mettre en place des aménagements adaptés. En effet, lorsque la personne divulgue son trouble mental au travail, elle peut bénéficier d'un plus grand nombre d'accommodements de travail, en particulier le soutien de la part du supérieur immédiat ou des collègues. Marc Corbière écrit que ces accommodements sont significativement liés à la durée de maintien en emploi. (17)

2.1.2. Les adaptations du poste de travail

Les adaptations du poste de travail doivent prendre en compte (17) :

- Le rythme de travail : l'aménagement des horaires de travail en raison d'une fatigabilité, des effets secondaires des médicaments, de rendez-vous médicaux, ...
- L'environnement professionnel : l'aménagement de l'environnement de travail pour limiter les éventuels distracteurs, la mise en place de télétravail pour limiter les temps de trajets, ...
- Le besoin de formations adaptées : gestion du stress, ...

- Les méthodes de supervision et les relations interpersonnelles : feed back réguliers, consignes claires, précises, soutien au salarié par le superviseur, sensibilisation du collectif de travail, ...

L'aménagement du poste mobilise les personnels de l'encadrement : supérieur hiérarchique, manager, DRH. Ils peuvent être acteurs dans l'accompagnement en réassurant le salarié professionnellement, en formulant des objectifs clairs et atteignables, en faisant régulièrement des points. La réponse de l'encadrement (comportement et attitude) et notamment celle des collègues et du supérieur immédiat sont des éléments importants du maintien en emploi. (17) Pour être acceptable sur le long terme, la demande d'accommodements de travail doit être jugée raisonnable et ne pas retentir de façon significative sur la productivité de l'organisation, ou générer des coûts importants pour sa mise en place.(17)

2.1.3. La Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)

Afin de faciliter leur mise en place, des dispositifs sont mobilisables, via la RQTH, pour aider les entreprises et les salariés à mettre en place ces mesures ou bénéficier d'aides financières.

Cependant, les salariés en situation de handicap psychique sont encore aujourd'hui victimes de préjugés qui peuvent impacter leur intégration dans le milieu professionnel. « Toutes choses égales par ailleurs, avoir une reconnaissance administrative de handicap diminue de plus de trois fois la probabilité d'être en emploi. » (7) La RQTH reste un outil discriminant sur le marché du travail : difficultés d'accès à l'emploi, taux de chômage élevé et de longue durée, postes moins qualifiés avec de faibles perspectives d'évolution. Un certain nombre de PSHP ne souhaite pas obtenir la RQTH ou la communiquer à l'entreprise.

2.1.4. Le moment de la divulgation

Il n'existe pas de consensus sur le moment de la divulgation. Si aucun aménagement n'est requis pour effectuer les tâches de la personne, il pourrait être préférable de ne pas divulguer le trouble mental en milieu de travail. Cependant, pour Marc Corbière, divulguer son état de santé avant que la performance au travail ne décline pourrait éviter la survenue de certains problèmes sur le lieu de travail.

De plus, vouloir cacher son trouble mental peut créer un stress supplémentaire ou recouvrir une forme de honte.(17)

2.1.5. Les impacts du dévoilement

Par ailleurs, les études se contredisent concernant les bienfaits du dévoilement du trouble psychique sur le maintien en emploi. Les bénéfices de cette divulgation pourraient dépendre de critères individuels liés au salarié et de critères organisationnels, ou du contexte de l'entreprise. Le maintien au poste ne peut pas se limiter à réduire les impacts du trouble mental grâce aux aménagements de poste. Il est également dépendant de l'intégration au collectif de travail. (38) Ces critères doivent être pris en compte dans le processus décisionnel de la PSHP et par les professionnels qui l'accompagnent.

2.1.6. Le processus décisionnel

La divulgation de son état de santé en milieu de travail est un processus décisionnel complexe qui englobe des situations différentes en milieu de travail. La PSHP peut être accompagnée par le job coach ou le médecin du travail pour l'aider à préparer l'échange avec l'employeur et éviter une stigmatisation. La personne peut choisir les informations qu'elle souhaite révéler concernant son état de santé. (17) Elle peut partager des informations sur son diagnostic psychiatrique, sur son état ou son incapacité liés à une maladie.(17) Le job coach, le médecin du travail peuvent formuler des préconisations d'aménagement de poste sans parler de diagnostic, en précisant les facteurs qui vont faciliter l'exécution des différentes tâches et missions (besoin d'un bureau isolé pour plus de concentration, besoin d'un travail en équipe cadrant, ...). Des outils sont disponibles pour orienter la décision : gestion des informations personnelles, Work Accomodations and natural supports (WANSS)(31) ,...

2.2. Obstacles et facilitateurs liés à la personne en situation de handicap psychique

2.2.1. Le Retentissement fonctionnel des pathologies psychiques

Les conséquences des manifestations psychiatriques sont un des facteurs remettant le plus souvent en cause l'aptitude au poste de travail. Les troubles neuropsychiatriques représenteraient la deuxième cause de mise en inaptitude après les troubles ostéoarticulaires.(7) Mais l'inaptitude au poste n'est pas

inéluclable. Cependant, dans de nombreux cas, le maintien au poste nécessite des recommandations d'aménagement de poste, des restrictions d'aptitudes ou des observations de difficultés d'insertion professionnelle.(7)

2.2.2. Variables individuelles

Comme l'a démontré Marc Corbière, « Les variables individuelles telles qu'un âge avancé, la sévérité des symptômes, une faible estime de soi, des expériences de travail peu soutenues ou encore une longue absence du marché du travail prédisent significativement une moindre durée de maintien dans l'emploi pour ce public. » (17) Au contraire, une ancienneté dans l'entreprise, et la qualité de relations avec l'employeur et les collègues sont favorables au maintien en emploi.

2.2.3. La métacognition et la cognition sociale

Comme on a pu le développer dans la première partie, le projet d'intégration professionnelle ne pourra avoir lieu que si la personne en situation de handicap psychique accepte ses troubles et prend conscience des limitations qui en découlent. Cette première étape permet d'envisager les ressources (individuelles, professionnelles, ...) disponibles et les possibilités de parvenir à une forme de dépassement du handicap. Pour en assurer le succès, il est donc nécessaire que la PSHP investisse et mette en œuvre son projet professionnel afin qu'il soit adapté à sa situation de santé.(39)

Chez les personnes vivant avec un trouble schizophrénique par exemple, il peut exister un apragmatisme et c'est parfois la famille qui est à l'initiative du projet professionnel. La situation subie ne correspondra pas forcément aux attentes de la PSHP alors que lorsque l'individu a la capacité de choisir un milieu de travail correspondant à ses préférences et compétences professionnelles, la durée du maintien dans l'emploi est accrue.

Par ailleurs, pour Virginie Goyet, l'acceptation assure une stabilisation de l'état de santé qui découle d'un suivi médical et d'un traitement régulier. (40) Alors qu'un refus, une méconnaissance de sa pathologie, de ses symptômes et de ses traitements peut aggraver les répercussions fonctionnelles de la maladie.(41)

Malgré un traitement optimal et un suivi régulier, la maladie psychique reste une maladie non linéaire avec des fluctuations. Un salarié qui a accepté ses troubles saura mieux détecter les signes précurseurs d'une rechute ou d'une crise. Il pourra également repérer les causes extérieures qui peuvent perturber ses capacités de concentration, d'idéation, ... et être sources d'erreur dans le travail. L'acceptation de la perte de certaines compétences permettra d'envisager l'entrée dans des formations pour apprendre à compenser le handicap (exemple : remédiation cognitive, coaching, ...) ou d'envisager des accompagnements spécialisés par des ergonomes par exemple pour mettre en place des outils et techniques de compensation...(42)

La connaissance, par les PSHP et les accompagnateurs, des limitations et des processus de compensation permettra de donner des informations précises et utiles au collectif de travail et à l'employeur pour faciliter le maintien en emploi. Claire Le Roy Hatala écrit que l'acceptation des troubles jouera sur les capacités de négociation de la personne pour faire valoir ses droits.(42) En parallèle, il est primordial de prendre en compte la spécificité des troubles psychiques en particulier dans le rapport à l'autre qui est souvent perturbé que ce soit dans les troubles mentaux graves ou dans les troubles mentaux courants (pouvant entraîner un repli social ou des comportements inadaptés en lien avec une irritabilité, une addiction, ...) nécessitant un accompagnement spécialisé pour détecter les situations de travail à risque de devenir conflictuelles.

2.2.4. La demande de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

La RQTH est le seul dispositif proposé en France pour compenser les situations de handicap au travail. Cette reconnaissance peut permettre un étayage prolongé pour soutenir le salarié et accompagner et rassurer l'employeur qui a souvent une mauvaise connaissance du handicap psychique. Les PSHP peuvent connaître une phase plus ou moins longue de déni de la maladie pendant laquelle elles n'envisagent pas d'effectuer cette démarche de reconnaissance. Malheureusement, même lorsque les PSHP ont conscience des troubles elles n'entament pas toujours les démarches par crainte de perdre leur crédibilité professionnelle voire leur emploi. La démarche de reconnaissance auprès des Maisons Départementales de l'Autonomie est plus souvent perçue comme stigmatisante et freinant un processus de guérison que comme un dispositif de soutien financier et humain protecteur. « Or, dans les grandes

entreprises engagées en faveur des personnes handicapées, la mobilisation des aides en interne est conditionnée par cette reconnaissance. Les salariés ne bénéficiant pas de la RQTH n'ont pas accès aux dispositifs d'aide. Claire Le Roy Hatala pense que cela peut empêcher l'entreprise de se mobiliser légitimement pour ces salariés ce qui entraîne parfois une désinsertion progressive de l'entreprise par la multiplication d'arrêts maladie. » (43)

2.3. Obstacles et facilitateurs au sein de l'entreprise

La vision de Denis Leguay qui pense que « Le handicap psychique se situe à l'intersection entre la capacité d'une personne, sa disponibilité, son adaptabilité et l'adaptabilité du poste. » résume bien la problématique rencontrée par les entreprises dans le maintien en emploi. (44)

2.3.1. Représentation du handicap

Les salariés en situation de handicap psychique sont encore aujourd'hui victimes de préjugés qui peuvent impacter leur intégration dans le milieu professionnel. En effet, les représentations sociales, conçues au cours de notre apprentissage et de nos expériences sociales antérieures, peuvent venir altérer notre jugement ; ce dernier n'étant alors plus déterminé par les caractéristiques objectives de l'individu mais par nos croyances. (45) La diversité des troubles psychiques et leur impact personnel et professionnel sont méconnus du grand public et du monde professionnel. Les représentations du handicap psychique sont souvent négatives et stigmatisantes.

Le rapport de la fondation Falret met en évidence que, dans le monde du travail, les troubles psychiques seraient fréquemment reliés à des troubles du comportement imprévisibles et dangereux (46,47) alors que les salariés ont plutôt tendance à s'isoler en période de crise. Cette représentation est alimentée par les faits divers relayés par les médias. D'après le rapport IPSOS sur les perceptions et représentations des maladies mentales en 2014, 45% des Français estimaient que les individus ayant un problème psychiatrique constituaient un danger pour les autres.(48) Cependant, les troubles psychiques et les maladies mentales ne génèrent qu'exceptionnellement des comportements violents (ils concerneraient moins de 1% de l'ensemble des crimes).(48)

Le rapport de la fondation Falret met en avant également que pour une grande majorité des employeurs, les troubles psychiques sont associés à un manque d'autonomie et de polyvalence, une lenteur dans l'exécution des tâches, une limitation des performances cognitives (mémoire, raisonnement, attention) pouvant être à l'origine d'accidents ou d'une baisse de productivité. Ils sont également associés à une limitation des compétences relationnelles et un manque de maîtrise des émotions rendant difficile l'inclusion dans le collectif de travail.(45,47) Ces croyances persistent alors que la majorité des troubles mentaux n'entraînent pas de handicap : « à peine plus d'un tiers des personnes atteintes d'un trouble mental grave et moins d'un cinquième des personnes ayant un trouble modéré sont en situation de handicap ». (49) Les personnes atteintes de troubles psychiques peuvent en effet être stabilisées et ne sont pas nécessairement handicapées par les symptômes. De plus, 38% des personnes atteintes de troubles mentaux graves en 2004 sont rétablies dans les trois ans. (7) Même pour la schizophrénie, une des maladies mentales les plus graves, les données montrent qu'environ un tiers des patients sont en rémission durable après quelques années de traitement. (50) Un grand nombre de personnes atteintes de troubles mentaux graves ont des aptitudes importantes voire complètes et la capacité de travailler. Handicap psychique ne signifie pas nécessairement « déficience intellectuelle ». Au contraire la population handicapée psychique est souvent plus diplômée que la population handicapée en générale et que la population active globale. Malgré ces constats, en 2014, 35% des français interrogés déclarent être gênés à l'idée de travailler dans la même équipe qu'une personne atteinte de maladie mentale.(51)

Comme le décrit Sonia Laberon, s'ajoute l'idée que le travail serait mauvais pour la santé de ces personnes (trop fragiles pour supporter le stress professionnel).(45)

Les troubles psychiques sont considérés comme un phénomène marginal qui fait peur alors qu'en réalité ils concernent 20% de la population en âge de travailler (les troubles mentaux graves restant rares). (49) Bien que la grande majorité des gens savent que l'on peut guérir d'une maladie mentale, de

mauvais pronostics de guérison sont récurrents et la banalisation de la maladie mentale (c.-à-d. son aspect fréquent et universel) apparaît plus rarement. (45,49)

La stigmatisation a des répercussions importantes sur la vie professionnelle et personnelle de la personne concernée. Elle entraîne une perte de l'estime de soi, des sentiments de honte, de culpabilité, d'infériorité, de stress et peut aboutir à un isolement et une désinsertion socio professionnelle. Cette auto-stigmatisation et l'éloignement du monde du travail qui en découle renforce les croyances des employeurs concernant les feins à l'employabilité des PSHP. Elle peut également contribuer au déni, et favoriser la non-observance du traitement et l'exacerbation des symptômes. (36,46,47) Les auteurs du rapport de l'IGAS pensent que « La relative invisibilité de ce type de handicap, la réticence des personnes concernées à en faire état, par crainte de la stigmatisation ou parce qu'elles peinent à reconnaître leurs difficultés, fragilisent le maintien en emploi. » Celui-ci est au contraire facilité lorsqu'il est possible d'instaurer un dialogue, de sensibiliser et d'accompagner l'équipe de travail, et de mettre en place des aménagements adaptés. (7) En l'absence de compensation ou de sensibilisation, l'employeur reste confronté à la problématique « de la discontinuité des troubles, de la fragilisation du lien du salarié avec l'entreprise (absentéisme, inaptitude), de la gestion de la déviance comportementale (repli sur soi, surinvestissement). » (7)

Le handicap psychique est celui qui ferait l'objet des discriminations les plus importantes en entreprise où il suscite souvent de fortes appréhensions. Le handicap physique semble plus facilement accessible à la compensation qui se résume la plupart du temps à des aménagements matériels. Les aménagements concernant le handicap psychique portent sur l'organisation de travail. Ils restent peu coûteux mais rencontrent davantage de réticences, pouvant être plus difficile à concevoir ou à mettre en œuvre. Certaines expressions de la maladie peuvent être un atout : créativité, grande force de travail, force de proposition, ... L'entreprise bénéficie de ces atouts lorsque la situation de santé est stabilisée. Ils sont cependant parfois oubliés lorsque la situation de santé nécessite des aménagements

ou créée des tensions dans les équipes de travail en lien avec des difficultés de communication par exemple.

2.3.2. Obstacles et facilitateurs au sein de l'entreprise

Pour Denis Leguay, « Bien plus qu'une source de revenus, le travail serait facteur d'épanouissement par la participation à la vie sociale et à la reconnaissance d'autrui. Pour cette raison, tout système social doit veiller à protéger le droit au travail et le droit de tous à s'y réaliser. » (44)

La loi de 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » permet une meilleure prise en compte du handicap psychique dans l'ensemble des politiques en faveur de personnes en situation de handicap. Elle réaffirme, le droit à la compensation et à l'accompagnement et le droit à travailler dans la dignité. (43)

Elle renforce également l'obligation d'emploi de 6% pour les personnes handicapées. Les entreprises concernées de plus de 20 salariées peuvent répondre de différentes manières à cette obligation :

- ✓ Par de l'embauche directe de personnes bénéficiant d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- ✓ Via le maintien en emploi. Celui-ci peut passer par la sensibilisation du collectif de travail pour inciter les salariés concernés à effectuer les démarches afin d'obtenir une RQTH.
- ✓ Par de la sous-traitance (par exemple ESAT)
- ✓ Certaines entreprises préfèrent payer les pénalités financières consécutives à la non atteinte des objectifs.

D'après Claire Le Roy-Hatala, à ce jour, les grandes entreprises favoriseraient le maintien en emploi de salariés déjà présents plutôt que l'embauche. (43)

Alors que le handicap psychique subit les représentations sociales péjoratives de la population générale, les chiffres montrent l'ampleur de la population potentiellement exposée à une situation de handicap dans l'emploi. (43) En 2002, les pathologies psychiques étaient la deuxième cause des absences de courte durée, après les troubles ostéoarticulaires. (5) Ces salariés absents sur de courtes périodes

reviennent à leur poste de travail à la fin de l'arrêt. La guérison et la stabilisation des troubles psychiques étant non linéaire, ce caractère évolutif des troubles déstabilise l'entreprise qui cherche dans son activité à anticiper, prévoir et contrôler le cours des choses. En 2002, les affections psychiatriques représentaient également la première cause (41,3 %) de mise en arrêt longue maladie alors que les études montrent que seulement un tiers des personnes en longue maladie reprend le travail en milieu ordinaire. Pour finir, le handicap psychique reste la deuxième cause d'inaptitude à l'emploi après les TMS. (5)

On ne parle pas de guérison ou de rémission pour les pathologies psychiques. On peut cependant espérer un rétablissement. On va alors observer une prise de conscience de la maladie et de ses conséquences puis une prise de distance qui va permettre de se recentrer sur ses objectifs personnels et le souci de son propre devenir. Le rétablissement est synonyme de réengagement dans la vie active et l'optimisation des conditions de vie quotidienne et de vie sociale. La personne en situation de handicap psychique va alors avoir conscience de ses propres objectifs, de ses limites et de ses ressources pour les atteindre. La prise en charge médicale doit donc accompagner ces personnes vers le rétablissement et l'empowerment, c'est-à-dire la restauration du pouvoir de décider et d'agir. Les travaux de Bleuler et une série d'études établissent qu'après 20 ou 25 ans d'évolution, plus de la moitié de ces personnes accèdent à un degré satisfaisant de rétablissement en termes d'autonomie, de qualité de vie, d'intégration sociale... (52) Nous pouvons citer Patricia Deegan qui depuis son rétablissement est devenue une psychologue et chercheuse, défenseur des droits de personnes handicapées : « Le rétablissement, c'est une attitude, une façon d'aborder la journée et les difficultés qu'on y rencontre. Cela signifie que je sais que j'ai certaines limites et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que de laisser ces limites être une occasion de désespoir, une raison de laisser tomber, j'ai appris qu'en sachant ce que je ne peux pas faire, je m'ouvre aussi aux possibilités liées à toutes les choses que je peux faire. »

La loi de 2005 a permis d'avancer sur le champ du maintien en emploi des personnes en situation de handicap psychique. Le soutien à l'emploi et en particulier la méthode IPS s'est imposée comme la

pratique la plus efficace par comparaison aux pratiques traditionnelles d'aide à l'insertion des PSHP. La volonté est désormais de prioriser l'inclusion sociale des PSHP et de personnaliser le mode d'accompagnement. Le travail étant un facteur de rétablissement prouvé, et la plupart des PSHP souhaitant travailler, le soutien à l'emploi est une pratique vers laquelle on doit tendre.

Le handicap psychique dans l'emploi impacte de nombreux acteurs de l'entreprise qui doivent être mobilisés (5) :

- ✓ le collectif de travail dans sa relation affective au salarié (vécu, histoire avec la personne) et dans ses représentations de la santé mentale (expérience personnelle, représentations négatives, peurs...)
- ✓ les experts de l'entreprise, des ressources humaines
- ✓ les professionnels du médico-social

« La probabilité d'accéder ou de se maintenir dans l'emploi est conditionnée par des facteurs personnels objectifs et subjectifs (capacités fonctionnelles, aptitudes comportementales et relationnelles, compétences...) et/ou des facteurs situationnels (marché de l'emploi, accessibilités aux lieux et modalités de travail, adaptabilité des postes et des organisations, contraintes professionnelles...). »
(44)

a) Structure de l'entreprise

Le maintien en emploi des PSHP nécessite la mise en place d'une démarche dynamique autour du salarié et avec le salarié pour évaluer les capacités et incapacités. Pour Claire Le Roy-Hatala, le maintien dans l'emploi des PSHP implique des outils informels voire invisibles d'accompagnement, de soutien et de médiation. (53) De nombreux acteurs de l'entreprise (professionnels de l'encadrement et des ressources humaines) et du médico-social (coordonnés par le médecin du travail) sont mobilisés pour déterminer les possibilités de compensation individuelle (aide technique, aide humaine, ...) et les

conditions environnementales et organisationnelles nécessaires à l'accès ou au maintien dans l'emploi.(44)

Les entreprises de grande taille ont des moyens humains et financiers ainsi qu'une fonction RH structurée permettant de mettre en œuvre une politique du handicap. La diversité des postes permet également de faciliter les reclassements et le maintien en emploi des travailleurs handicapés. Il faut cependant que l'entreprise dispose d'outils pertinents adaptés à la spécificité du handicap psychique comme la souplesse organisationnelle (par exemple sur les aménagements horaires), des outils de formation, de bilan professionnel, de mobilité ou de congés spécifiques, ... Il faut également que la structure de l'entreprise permette au responsable hiérarchique direct une autonomie de décision et une souplesse dans l'organisation de la production. (53)

Les petites entreprises, ne disposant pas de ressources structurées et dédiées au handicap, peuvent rencontrer plus de difficultés dans l'identification des acteurs-facilitateurs du champ du handicap. Cependant, elles permettent une proximité du management et des décisions. (43)

La structure et la taille importante de l'entreprise ne suffisent pas à expliquer le développement d'une politique active de maintien en emploi.

Le rapport « Falret » décrit bien que l'existence d'un dispositif en faveur des salariés handicapés dans l'entreprise va permettre de recevoir, identifier et accompagner le handicap psychique. Il va faciliter les démarches des employeurs et améliorer la coordination des professionnels (SAMETH, FIPHP, ergonomes, médecins du travail) autour d'une situation de handicap.(47) Ce dispositif donne accès à des moyens d'aménagement de poste, à des personnes ressource, à des aides sociales. (43)

La négociation et la signature de l'accord sont des indicateurs d'un certain niveau de mobilisation. La proportion des travailleurs handicapés en équivalent temps est la plus importante pour les établissements sous accord entre 100 et 499 salariés (4,5 %). (7)

Pour Julien Jupille co-auteur du rapport « Falret », les grandes entreprises restent mieux armées que les petites pour répondre aux problématiques de maintien en emploi surtout si la structure permet au responsable direct de s'approprier la politique de prise en charge du handicap.

b) Handicap et performance économique

Le rapport « Falret » met en évidence que dans les entreprises privées à finalité commerciale, le handicap psychique est souvent associé à une diminution des performances et à une baisse de la productivité. Handicap et performance économique peuvent aux yeux de certains employeurs apparaître comme deux réalités inconciliables. Le secteur public est également confronté à cet obstacle en particulier dans les milieux sanitaires et médico-sociaux. Cependant les salariés du secteur public semblent davantage sensibilisés et témoignent donc de représentations moins stéréotypées. (47) Les personnes ayant bénéficié d'une formation spécifique sont sensibilisées à la variété des situations auxquelles renvoie le handicap psychique et sont plus ouvertes à leur inclusion. Le secteur public est davantage concerné par ces formations. (47)

Le rapport « Falret » suggère que la culture de la performance conjuguée à ces représentations constitue un frein important. De plus, les managers et les équipes de façon générale sont peu préparés à l'accueil des travailleurs handicapés. Alors que la réponse de l'organisation, en particulier les comportements et les attitudes des collègues de travail et du supérieur immédiat jouent un rôle clé dans le maintien en emploi. (47)

c) culture de l'entreprise

« La dimension culturelle d'une organisation est entendue comme un ensemble de valeurs et d'attitudes partagées (sens donné à l'action), de façon de faire communes (style managérial, mode de gouvernance, routines) et d'attitudes face au profit, la compétition, l'individualisme, etc. » (47)

Le travailleur handicapé psychique serait intégré de manière différente suivant les valeurs et les représentations véhiculées par l'organisation de l'entreprise. (43) Les valeurs de solidarité et de protection sociale, la collaboration et le respect favorisent un climat de confiance qui facilitera le retour au travail. (34)

Pour Claire Le Roy-Hatala, l'intégration de la politique du handicap à la gestion des ressources humaines permet aux responsables hiérarchiques et au personnel des ressources de l'entreprise de prendre part activement à la réflexion sur l'aménagement du poste de travail (horaires, temps partiels, modes relationnels, ...). (43)

Les références aux cadences, aux profits et à la productivité sont nettement moins présentes dans la culture des employeurs publics. Bien que tous les employeurs interrogés dans le rapport « Falret », affirment être soucieux des conditions de travail et porter une attention à la mission sociale de leur entreprise, les employeurs publics affichent une volonté plus marquée de donner aux agents les meilleures conditions leur permettant de poursuivre leur carrière professionnelle malgré leur situation. Il faut rappeler cependant que le cadre législatif est plus protecteur dans les structures publiques, rendant impossible le licenciement d'un agent. Les employeurs publics disposent également de ressources plus nombreuses. (47)

d) Sensibilité du dirigeant

D'après St Arnaud et Corbières, l'implication des dirigeants est déterminante pour la gestion des situations de handicap en entreprise. (34) La sensibilité, les expériences et la formation influencent la prise de position des dirigeants, permettant d'impulser une politique en faveur de l'intégration des personnes en situation de handicap. La préoccupation de la santé des travailleurs induit un appui

soutenu aux interventions de prise en charge dans le milieu de travail. Les ressources mises à disposition jouent sur la capacité d'action des acteurs concernés par la transformation de l'environnement de travail. "la capacité et la volonté d'une entreprise d'accueillir des personnes souffrant de troubles psychiques est un facteur favorisant très largement leur réinsertion professionnelle, alors que la méconnaissance de leur problématique et l'inadaptation des conditions de travail sont des obstacles majeurs".

Les rapports entre la direction et les syndicats auraient également un impact sur les programmes de retour au travail. (34) En effet, les programmes de retour au travail sont plus difficiles à implanter lorsque le syndicat y joue un rôle périphérique et surtout lorsque la direction décide seule du programme et l'impose.

2.3.3. Conclusion

Les dimensions culturelle, organisationnelle et personnelle sont donc essentielles à la prise en compte du handicap et à l'accueil des personnes concernées. Claire Le Roy Hatala rapporte que c'est le collectif de travail influencé par les attentes de l'entreprise qui va permettre de prendre en compte la singularité individuelle et éventuellement de modifier les attentes en termes de savoir-faire et de savoir-être. (43)

Plusieurs facteurs vont conditionner l'attitude et les pratiques des employeurs :

L'appartenance de la structure au domaine marchand ou au secteur public

Le respect de la réglementation

Les facteurs organisationnels

La mise en place d'une politique du handicap au sein de la structure

Le soutien de la direction générale

La sensibilisation des collaborateurs

La mise en place d'un plan de communication

L'évaluation des actions mises en place pour les faire évoluer

La collaboration entre les différents acteurs internes ou externes

Pour Claire Le Roy-Hatala, l'intégration d'une démarche de maintien en emploi questionne l'employabilité et les capacités professionnelles des personnes handicapées psychiques mais également la capacité du milieu professionnel à recevoir et reconnaître ce handicap. (53)

« le handicap psychique est à la fois une création de la dynamique sociale au sein de l'univers de production qu'est l'entreprise, et une expérience personnelle et individuelle qui s'inscrit dans le rapport du salarié au travail. La place que l'entreprise va accorder à une réflexion sur le maintien dans l'emploi est fortement déterminée par le sens que l'organisation va donner à la fois au handicap, en tant que singularité nécessaire à la diversité du collectif de production, et à la santé mentale comme expérience individuelle intrinsèquement liée à une forme d'organisation du travail. » (53)

Aujourd'hui, les entreprises expriment une certaine impuissance vis-à-vis du handicap psychique et se sentent démunies devant la prise en charge de ce type de handicap en lien avec la lourdeur des dispositifs et le manque de connaissances et de formation. (5)

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Genèse du sujet étudié

L'existence d'un problème de santé mentale chez un individu ne génère pas nécessairement de difficulté dans l'emploi. Cependant, l'ampleur de la population potentiellement touchée par un handicap psychique en fait une question incontournable dans le monde du travail. (23) En 2002, les affections psychiatriques étaient la deuxième cause des absences de courte durée, après les troubles ostéoarticulaires. Le présentéisme est également une préoccupation, de nombreux travailleurs atteints de troubles mentaux ne prennent pas de congé maladie mais poursuivent leur activité professionnelle en étant moins efficaces. (23) Le handicap psychique est non linéaire et variable d'un individu à l'autre mais également chez un même individu. Ainsi, il déstabilise l'entreprise dans sa rationalité économique et sociale. En effet, comme l'écrivent Bernard Pachoud et Marc Corbière, les restrictions d'aptitudes ou les limitations induites par la situation de handicap touchent directement la gestion de l'entreprise.

2. Intérêts et Limites méthodologiques

Ce travail a comme objectif d'apporter une vue d'ensemble des connaissances acquises et en cours d'exploration sur les facteurs conditionnant le maintien en emploi des personnes en situation de handicap psychique. L'intérêt de ce travail est d'apporter des pistes de réflexion sur ce sujet d'actualité qui peine encore à trouver ses réponses dans le monde du travail.

La revue littéraire se veut un reflet des connaissances actuelles mais nos résultats doivent cependant être considérés avec prudence du fait d'un certain nombre de biais et de limites méthodologiques.

La revue narrative est non systématique et informelle. Malgré l'argumentaire, elle reflète donc alors, par essence, le jugement de l'auteur qui reste subjectif.

Une recherche plus exhaustive, incluant davantage de moteurs de recherche et de mots clés aurait permis de répertorier d'autres publications et de présenter des résultats plus complets ; bien que peu de publications sont parus sur les freins et les facilitateurs en entreprise. Une double lecture aurait

permis de limiter les biais d'inclusion et de non-inclusion dans l'étude. D'autre part, certaines études incluses peuvent comporter elles-mêmes des biais méthodologiques non identifiés.

3. Etat de l'art - Etat des lieux des connaissances sur le maintien en emploi des PSHP

3.1. Des facteurs individuels, ... et des facteurs organisationnels à prendre en compte dans un maintien en emploi

3.1.1. Facteurs individuels

A partir des années 50, on observe une désinstitutionalisation des personnes souffrant de maladie mentale. L'amélioration des traitements et l'émergence des psychothérapies va ensuite favoriser l'inclusion dans la société des PSHP. On assiste alors aux premiers témoignages de rétablissement (recovery). Les études publiées depuis montrent que l'insertion professionnelle est un des moyens le plus efficace pour aller vers le rétablissement.

Cependant, les conséquences de la maladie peuvent provoquer des ruptures avec le monde du travail. Il est donc nécessaire d'identifier avec précision les facteurs favorisant un retour au travail.

Nous avons pu détailler dans la première partie les facteurs individuels issus de la littérature impactant le retour au travail. Ainsi, pour les personnes atteintes de schizophrénie, la symptomatologie négative (ralentissement, altération de la motivation, voire de la volonté, appauvrissement de l'activité) et certains des troubles cognitifs (la mémoire verbale, l'attention et les fonctions exécutives) constituent des facteurs prédictifs de l'aptitude au travail.

Cependant, le diagnostic n'est pas un facteur déterminant de la réinsertion professionnelle. Les éléments de contexte liés à l'entreprise elle-même, et le rapport instauré entre la personne portant le handicap et l'entreprise constituent les facteurs différenciants pour un retour à l'emploi réussi. Les paramètres motivationnels et liés au travail, ainsi que des aptitudes relationnelles sont des facteurs prédictifs prépondérants de retour à l'emploi. Au-delà de l'évaluation psychopathologique ou des performances cognitives, l'évaluation doit donc recueillir les autres dimensions telles que le projet de

vie ou le choix de vie, le parcours de vie, les habiletés sociales, le rapport à la maladie et les ressources personnelles ou propres à l'entourage. Pour les troubles mentaux courants, le retour au travail doit tenir compte des facteurs de risque organisationnels qui ont participé à l'arrêt de travail. Une vigilance sera apportée sur les facteurs de risques psychosociaux connus : la demande psychologique, la faible autonomie décisionnelle, le faible soutien social ou encore le déséquilibre entre les efforts et la reconnaissance. Enfin, l'acceptation et la prise de conscience du handicap et des troubles par la PSHP est essentielle dans la réalisation d'un projet professionnel afin de mettre en place des aménagements pertinents. Les effets induits par les traitements et le retour à l'emploi comme la fatigabilité, la lenteur d'exécution, les troubles de la concentration, les difficultés à retenir les consignes sont également des éléments à prendre en compte.

3.1.2. Aménagements et dévoilement

L'accompagnement doit également permettre de prendre en compte la fluctuation des symptômes et les régressions, les rechutes, les stagnations qui ponctuent chaque parcours. La mise en place d'aménagement dans le milieu de travail joue alors un rôle essentiel pour la reprise d'une activité professionnelle et plus encore pour le maintien en emploi. Cela suppose cependant que l'employeur et le collectif de travail, soient informés au moins dans une certaine mesure de la situation de handicap et des mesures de soutien mises en place.

3.1.3. Job coach

Sous l'impulsion des pays anglophones et depuis la loi de 2005, le contexte permet le développement, en France et à l'étranger, des pratiques d'accompagnement à la réinsertion professionnelle. Le soutien à l'emploi s'impose comme la pratique la plus efficace par comparaison aux pratiques traditionnelles d'aide à l'insertion des PSHP.

Les pratiques traditionnelles de réinsertion (ESAT ou entreprise adaptée) reposaient sur la progressivité et le réentrainement préalable à l'insertion en milieu de travail alors que l'emploi accompagné prône le « place and train ». Ce mode d'organisation promeut l'autonomie, la volonté de prioriser l'inclusion sociale des PSHP et la personnalisation du mode d'accompagnement. Le modèle traditionnel est quant à lui centré sur un objectif de rémission ; la reprise professionnelle est souhaitable mais reste un

aboutissement après la stabilisation de la maladie. Avec l'emploi accompagné, l'activité professionnelle devient un moyen pour atteindre l'objectif global de rétablissement. Le travail étant un facteur de rétablissement et le souhait de la majorité des PSHP.

La réinsertion en milieu ordinaire des PSHP doit donc être notre objectif. On observe en France une dynamique encourageante d'installation et de développement de ce type de dispositif. Mais, malgré les avancées remarquables, il reste trop peu mis en place aujourd'hui. L'emploi accompagné est une pratique vers laquelle on doit tendre même si les données actuelles départagent difficilement les deux techniques d'accompagnement à ce jour. L'emploi protégé ou adapté reste à ce jour une solution pour de nombreuses PSHP.

Les dispositifs de job coaching ont commencés à être évoqués en France en 2010. Les réflexions sur l'emploi accompagné ont donné lieu à son institution par la loi du 8 août 2016 et le décret du 27 décembre 2016. Le dispositif est accessible à toutes les personnes handicapées nécessitant un accompagnement médico-social et dans l'insertion professionnelle. Il est piloté dans le cadre d'un partenariat entre l'État, l'Agefiph et le FIPHFP.

3.1.4. Freins et facilitateurs en entreprise

Ces nouvelles recherches ont ainsi permis de mettre en exergue la nécessité de prendre en compte 2 choses : les facteurs individuels ainsi que le mode d'accompagnement et le contexte organisationnel en entreprise.

Cependant, il nous manque encore aujourd'hui des données venant du monde du travail et en particulier le point de vue des employeurs et les facteurs internes aux entreprises. Quelques publications commencent à aborder le sujet et permettent d'identifier des pistes qu'il reste nécessaire de confirmer par de plus amples études. De plus, Il n'existe pas de statistique en France sur le taux d'intégration en milieu ordinaire des PSHP. Nous avons uniquement des données issues des études sur MESSIDOR qui accompagne les PSHP depuis 40 ans.

Deux obstacles majeurs à l'insertion professionnelle des PSHP identifiés seraient des facteurs externes : les préjugés à l'égard des problèmes de santé mentale et des personnes qui en souffrent ainsi que le contexte socio-économique.

Ce qui confirme une chose : il est important de préparer le retour au travail en confirmant avec l'employeur les conditions de retour et en anticipant l'accueil avec les collègues de travail en particulier lorsque la situation avant l'arrêt a généré des perturbations dans les rapports sociaux. Le soutien du supérieur immédiat faciliterait le retour au travail des PSHP et l'acceptation des aménagements par le collectif de travail.

Claire Leroy Hatala précise que de nombreuses représentations persistent sur les aménagements coûteux et le manque de productivité lors du retour au travail d'un salarié en situation de handicap psychique. (43) Ce qui confirme l'importance de l'accompagnement de l'entreprise, en plus de l'accompagnement individuel de la PSHP. "L'intervenant en charge du retour au travail devra donc prendre en compte les perceptions de l'employeur et aura le rôle de démystifier les représentations potentiellement erronées relatives au retour au travail d'un employé avec un trouble mental". (43)

Le retour ou le maintien en emploi des PSHP serait donc possible avec un accompagnement spécialisé mais nécessite la plupart du temps des mesures d'aménagement du poste de travail. Lorsque la personne divulgue son trouble mental au travail, elle bénéficie d'un plus grand nombre d'accommodements de travail, en particulier le soutien de la part du supérieur immédiat ou des collègues. Ces accommodements sont significativement liés à la durée de maintien en emploi.

En synthèse : Pour une meilleure intégration, Les conditions du retour en emploi doivent être identifiées et exprimées clairement auprès de tous les partenaires : job coach, employeur, manager, médecin psychiatre, médecin de la sécurité sociale et médecin du travail. Le job coach, le médecin psychiatre, le médecin du travail accompagnent la PSHP pour identifier les adaptations du poste de travail à prendre en compte.

Il est important que l'employeur se sente soutenu et accompagné dans la gestion des problématiques en lien avec le handicap psychique. En effet, les principaux freins à l'intégration des PSHP sont la méconnaissance, le manque de formation et la difficulté de l'entreprise à prendre en compte ces

personnes dans son aménagement. Le job coach rassure, identifie les difficultés et apporte des solutions notamment en termes de communication.

Claire Leroy Hatala a identifié que l'inclusion des PSHP nécessite donc une bonne connaissance des dispositifs, du temps mais également du personnel et des relais internes. (53) Les grandes entreprises peuvent mettre en place une prise en charge intégrée à la politique de ressources humaines et impliquant différents maillons hiérarchiques. Les petites entreprises semblent moins outillées. Une des pistes proposées dans le rapport « Falret » serait que les organismes AGEFIPH et FIPHP en charge de la gestion des cotisations et de l'accompagnement des Personnes handicapées puissent accompagner les entreprises de manière plus étroite à la mise en place d'une politique de handicap et être de véritables partenaires. Les entreprises s'engageraient davantage dans le processus de recrutement ou de maintien en emploi des PSHP si elles possédaient plus d'aide et de soutien. (47)

3.2. La RQTH, une démarche incontournable

Pour permettre une meilleure prise en compte du handicap psychique et des besoins d'aménagement, la RQTH est, en France, un dispositif incontournable.

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) est la reconnaissance administrative d'une altération des capacités de travail pouvant découler d'un problème de santé physique, psychique, mental ou sensoriel. Elle permet la mobilisation d'aides financières, matérielles, humaines dont l'objectif est de compenser le handicap en milieu de travail. Cette démarche administrative est initiée par la PSHP.

Le médecin du travail est un maillon important dans cette RQTH. Il aide régulièrement à la prise de décision, informe et conseille sur cette démarche pour aménager de manière pérenne un poste de travail en entreprise. La RQTH permet la mobilisation d'un professionnel du maintien en emploi qui intervient dans le cadre du SAMETH : Le Service d'Aide pour le Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés. Le SAMETH est financé par les cotisations des entreprises soumises à l'obligation d'emploi. Ces intervenants externes à l'entreprise ont un rôle d'accompagnement et de conseil pour la mise en place des mesures d'aide au maintien en emploi. Ils ont des compétences en ressources humaines et

en compensation du handicap. Ils maîtrisent les différents dispositifs mobilisables et accompagnent l'entreprise dans leur mise en œuvre. Le professionnel du maintien en emploi accompagne également l'employeur, le supérieur hiérarchique et le salarié pour identifier les difficultés dans le travail et les mesures (techniques, organisationnelles, humaines) permettant de les contourner ou d'y pallier. Cette démarche se fait en collaboration avec le médecin du travail. Les aides peuvent permettre des aménagements pour installer un bureau isolé, un bilan neuropsychologique, l'intervention d'une ergonome pour identifier des outils d'aide à la mémorisation des tâches. Elles sont également un pré requis à la mobilisation du dispositif de job coach. Sans la RQTH, c'est à la charge de l'entreprise de mettre en place les mesures d'adaptation du poste qui découlent des préconisations du médecin du travail et de trouver en interne les ressources humaines à mobiliser. La RQTH est donc un atout majeur pour l'aménagement stable du poste de travail et un atout majeur pour accompagner l'entreprise dans son rôle de facilitateur ; L'adéquation de l'entreprise à une démarche de maintien en emploi étant un facteur clé de succès indéniable. Les solutions ne peuvent effectivement se trouver qu'en collaboration avec l'entreprise et le collectif de travail. Si cette dernière n'est pas soutenante, les démarches d'aménagements sont difficiles à mettre en place et très ralenties.

Le dispositif d'emploi accompagné reste donc dépendant des démarches administratives et de la validation par la MDA ainsi que des budgets alloués. Des procédures sont aujourd'hui mises en place pour accélérer les démarches :

- La possibilité pour le médecin du travail de demander l'intervention du SAMETH avant que la RQTH ne soit validée
- La possibilité de demander l'accompagnement par un job coach sans demander de RQTH
- certains services de santé au travail font dès à présent le choix d'intégrer une équipe de prévention de la désinsertion professionnelle dans leur effectif ; ces membres des SST pourront être sollicités sans RQTH et accompagneront les salariés dès qu'une problématique de maintien en emploi est identifiée par le médecin du travail.

Malgré tous ces efforts, les aménagements prennent du temps et sont tributaires de la bonne volonté de l'entreprise de s'engager dans une démarche de maintien en emploi.

La situation est peut-être facilitée lorsqu'il s'agit d'une embauche et que la PSHP évoque d'emblée son statut de travailleur handicapé. En effet, l'entreprise fait le choix de recruter, en ayant conscience des aménagements que cela va représenter. La problématique peut être complexe quand le salarié est présent dans l'entreprise depuis plusieurs années et que la décompensation du trouble amène à se questionner sur l'adaptabilité du poste.

3.3. Sensibiliser pour impulser une nouvelle dynamique d'inclusion des PSHP

La mise en place d'une dynamique d'inclusion nécessite également l'émergence d'un intérêt collectif à la question du handicap qui peut découler d'un vécu personnel mais qui peut également être acquis par la sensibilisation. Cette sensibilisation peut s'effectuer à différents niveaux pour diminuer les représentations négatives, montrer l'hétérogénéité du handicap psychique et les compétences des personnes concernées. Elle peut être à destination du grand public et des jeunes, mais également à destination de tous les professionnels des ressources humaines dès le début de la formation initiale.

Cette sensibilisation pourrait passer par l'information sur le handicap psychique : son hétérogénéité, les ressources mobilisables par les personnes en situation de handicap psychique leur permettant de faire face à leur problématique de santé, les traitements disponibles et les moyens d'accompagnement. En effet, les maladies psychiques ne guérissent pas facilement mais peuvent être traitées. De nombreux préjugés entourent les PSHP : faible autonomie, manque de polyvalence, fort taux d'absentéisme, difficultés d'intégration dans l'équipe, ... Mais Claire Leroy Hatala rappelle que certaines expressions de la maladie peuvent être un atout pour l'entreprise : créativité, grande force de travail. (54) De plus, la population handicapée psychique est souvent plus diplômée que la population active globale (9). L'entreprise peut craindre le caractère imprévisible des troubles alors que les PSHP ont plutôt tendance à s'isoler quand elles ne vont pas bien et elles n'entraînent qu'exceptionnellement des comportements violents. De plus, les symptômes sont très rarement spectaculaires. Enfin, pour Claire Leroy Hatala, l'aménagement de poste pour un salarié handicapé psychique en entreprise est tout à fait envisageable. (54)

Lors de l'accompagnement d'une personne en situation de handicap psychique en entreprise, il paraît important de sensibiliser les équipes pour qu'elles comprennent la situation et acceptent mieux les aménagements mis en place. Un collectif de travail sensibilisé pourra également alerter sur des difficultés rencontrées et permettre une prise en charge plus précoce favorisant ainsi une meilleure intégration et limitant le risque d'apparition de tensions générées par des reports de tâches ou des conflits. Le handicap psychique n'est pas toujours visible et les aménagements peuvent parfois paraître injustes générant alors des tensions voire un sentiment de jalousie de la part des autres salariés. (53)

Les auteurs du rapport « Falret » suggèrent qu'une « meilleure intégration pourrait être assurée s'il était fourni aux collègues de travail les connaissances et informations nécessaires favorisant l'émergence d'un soutien naturel sur le lieu de travail (action de sensibilisation auprès de l'équipe, aide à la communication avec les collègues). » (47) La sensibilisation, l'information et la formation de l'équipe de travail à l'identification des signaux d'alerte peuvent être soutenant pour le salarié en SHP.

4. Prise de hauteur et réflexion

4.1. Médecin du travail un acteur clé du maintien en emploi

Des données sont donc désormais disponibles pour permettre de favoriser le maintien en emploi des personnes en situation de handicap psychique. Certaines données sont désormais bien identifiées avec de nombreuses publications : l'intérêt du travail qui est bénéfique pour la santé des PSHP, l'emploi accompagné. Des données commencent à sortir avec des publications en cours concernant la vision et la prise en compte du handicap psychique en entreprise. On note également le contexte favorable avec l'émergence de politiques publiques soutenant.

Cependant, la mise en pratique reste difficile, rien ne bouge dans les entreprises malgré l'apparition du job coach et des connaissances.

Pourquoi ça ne bouge pas ?

Il apparaît alors clairement qu'il faut concrètement, opérationnellement accompagner la mise en œuvre.

Pour accompagner cette mise en œuvre, il est nécessaire d'impliquer les professionnels qui peuvent mettre en mouvement toutes ces connaissances. D'une part les professionnels qui connaissent le sujet ; et d'autres part ceux qui ont accès à la personne dans son milieu de travail ; Permettant ainsi de créer des liens entre les deux sphères : celle de la santé et celle du monde du travail.

La place du médecin du travail se situe logiquement en interface entre l'action du job coach et du manager qui n'ont pas la connaissance médicale et des médecins qui n'ont pas la connaissance de l'entreprise.

Le médecin du travail est l'interlocuteur privilégié de l'entreprise. Il connaît à la fois bien la PSHP, le handicap en général, et a accès aux relais en entreprise. Il permet alors un véritable relais entre le monde du travail et celui de la santé tout en garantissant le respect du secret médical. Il s'assure qu'une prise en charge cohérente et pluridisciplinaire s'établit autour et au profit du salarié. (6) Il met en place une démarche dynamique et collaborative entre les différentes parties : le salarié, l'employeur et les accompagnateurs. Pour cela, il s'appuie sur un réseau de professionnels : médecin traitant, psychiatre traitant, médecin conseil, médecin de la MDA, neuropsychologue, ergonomiste pour effectuer un bilan médico-psycho-socio-professionnel. L'objectif de ce bilan est de mettre en place des systèmes de compensation pour limiter les retentissements fonctionnels des déficits. Il peut dans cette mission être appuyé par le salarié du maintien en emploi pour coordonner les différentes aides et surtout pour accompagner les évolutions à prendre en compte dans l'organisation du travail et du collectif de travail. La mise en situation est un des outils utilisés demandé par le médecin du travail auprès de l'entreprise permettant d'évaluer sur le terrain les capacités d'une personne, sa disponibilité, son adaptabilité et l'adaptabilité du poste. Elle va aider à déterminer les éléments de compensation individuels (aide humaine, aide technique, télétravail, ...) et les conditions environnementales nécessaires au maintien en emploi (6). Le médecin du travail est donc un acteur clé du maintien en emploi. Il est le garant auprès de l'entreprise de l'aptitude des salariés à travailler et il explicite les conditions dans lesquelles la PSHP peut le faire.

Le médecin du travail a un pied dans l'entreprise et fait partie du monde médical. Il est soumis au secret médical et protège ainsi le salarié. Il reste cependant à ce jour, trop isolé et n'est pas suffisamment intégré dans la réflexion autour de l'accompagnement de la PSHP.

La situation du médecin du travail est un dispositif particulier à la France qu'il convient de prendre en considération et d'intégrer pour bénéficier de cette particularité et de ce lien entre monde de la santé et du travail. C'est un atout pour la prévention de la désinsertion professionnelle dans un contexte d'allongement de la durée du travail. Mais pour que la médecine du travail reste un atout il faut lui donner les moyens d'agir sur la prévention et il faut que les services de santé au travail s'en saisissent.

4.2. La RQTH et les demandes d'aménagement restent des démarches stigmatisantes

Lors de la divulgation de la RQTH, la PSHP doit décider du niveau d'information qui sera délivré à l'employeur. En effet, l'employeur a besoin d'éléments de compréhension pour mettre en place les mesures d'adaptation du poste de travail et accompagner au mieux le salarié et le collectif de travail. Les éléments de divulgation peuvent porter par exemple sur les difficultés attentionnelles en demandant des aménagements pour favoriser la concentration : télétravail, bureau isolé, ... Le supérieur hiérarchique, connaissant l'activité de travail va valider les aménagements et juger s'ils sont en adéquation avec l'activité de travail. Pour définir les éléments qu'il souhaite dévoiler le salarié peut être accompagné du médecin du travail et du job coach.

L'accompagnement de ces situations reste complexe puisque les PSHP ne sont pas toujours enclines à dévoiler leurs troubles. Le déni de la maladie ou la peur de la stigmatisation sont des freins à l'inscription dans une démarche de reconnaissance des troubles et à leur dévoilement en entreprise. Les PSHP aspirent davantage à faire oublier leur handicap par peur de perdre leur crédibilité professionnelle voire leur emploi. Mais les arrêts à répétition, les baisses de performance, les rumeurs peuvent les stigmatiser. Il reste difficile de se réintégrer dans un collectif de travail après un arrêt prolongé et encore davantage lorsque les demandes d'aménagement sont stigmatisantes ou incomprises. De plus, le collectif de travail n'ose pas toujours aller vers le salarié en SHP par peur de le stigmatiser ou de le

harceler. Tant que les représentations sociales du handicap psychiques resteront négatives, l'aménagement approprié reste une solution exceptionnelle à proposer en étroite concertation avec la PSHP et à introduire avec tact au sein de l'entreprise. La principale raison qui pousse à l'obtention ou au dévoilement de la RQTH est le besoin de mesures d'accommodement. La PSHP dévoile donc le plus souvent sa pathologie dans un contexte difficile ou à risque de le devenir. On voit apparaître un cercle vicieux : le dévoilement de la RQTH réfère donc systématiquement à des difficultés dans l'emploi et renforce la stigmatisation. Cette stigmatisation est la conséquence de nombreux préjugés : faible autonomie, manque de polyvalence, fort taux d'absentéisme, difficultés d'intégration dans l'équipe, imprévisibilité, ...

Lorsque le contexte de l'entreprise est défavorable, la divulgation de la RQTH ne s'effectue que si le maintien du salarié dans l'emploi est compromis sans aménagement pérenne et qu'il existe un risque d'inaptitude.

Le dévoilement en amont de la SHP permettrait de dévoiler la pathologie lorsque la situation est stabilisée et favoriserait la réactivité en cas de troubles impactant l'équipe ou le travail. Peut-être permettrait-elle une meilleure acceptation des équipes et de l'entreprise.

Les deux leviers importants du maintien en emploi des PSHP sont donc l'accompagnement de l'entreprise et l'accompagnement du salarié dans la divulgation de son handicap. Ces deux leviers sont interdépendants et nécessaires pour réussir à intégrer de manière durable les PSHP en milieu ordinaire de travail.

Le médecin du travail, par sa position de relais entre le monde professionnel et le monde de la sante, a un rôle important à jouer. Dans l'accompagnement de la PSHP dans l'acceptation de son handicap et la divulgation en entreprise. Et en parallèle dans l'organisation très en amont de sessions de sensibilisation dans l'entreprise (prévention).

4.3. Rôle des services de santé au travail – prévention - Appui et relais des démarches de sensibilisation des entreprises

Les services de santé au travail jouent un rôle de prévention de la santé et accompagnent les entreprises dans cette démarche. Le monde de la santé au travail a beaucoup évolué et ne se cantonne plus au simple suivi périodique des salariés. La prévention est devenue une des principales missions des services de santé au travail pour éviter toute altération de la santé du fait du travail. La nouvelle réforme renforce cet objectif en créant des services de prévention et de santé au travail et en rendant ainsi leur rôle de prévention plus lisible auprès des entreprises. Les services pluridisciplinaires ont la possibilité d'accompagner les entreprises dans la prévention du bruit, du risque chimique, des troubles musculo squelettiques mais également dans la prévention des risques psycho sociaux. Il existe des disparités importantes sur le territoire national en termes d'accompagnement pour les entreprises. La nouvelle réforme a pour objectif d'unifier les services proposés. Elle renforce également le rôle du médecin du travail dans la prévention de la désinsertion professionnelle en permettant à l'entreprise de solliciter une visite de pré reprise pour le salarié, auprès du médecin du travail, alors que celui est encore en arrêt de travail.

On pourrait imaginer la mise en place d'une démarche globale d'accompagnement des entreprises dans la prise en charge des troubles psychiques en entreprise. Le service médical inter entreprise de l'Anjou (SMIA), par exemple, propose à ses adhérents des ateliers sur les risques psycho sociaux. Ces ateliers ont pour but de sensibiliser et d'apporter aux acteurs de l'entreprise les moyens de mettre en œuvre une démarche de prévention en rendant lisibles les outils déjà disponibles. Sur ce même modèle, des invitations à des ateliers de sensibilisation sur les troubles psychiques et le travail pourraient également être proposés aux entreprises. Leur objectif serait la sensibilisation et la connaissance des possibilités d'accompagnement. Ces ateliers seraient à destination des employeurs, des personnels des ressources humaines et des managers. Les managers sont en effet les interlocuteurs directs des salariés et possèdent les compétences managériales nécessaires à la détection des problématiques au sein de leur équipe et à leur prise en charge. On pourrait également imaginer, sur demande de l'entreprise une

intervention plus personnalisée au sein d'une équipe de travail avec une sensibilisation des collègues de travail si une problématique est identifiée. L'objectif restant de sensibiliser et non de favoriser la délation.

5. Conclusion

5.1. Pistes d'amélioration et d'actions concrètes

Aujourd'hui la mise en place d'un suivi par un job coach reste très exceptionnelle, réservée aux situations les plus complexes. Le Dispositif d'Emploi Accompagné est un dispositif récent (moins de 2 ans). Dans le Maine et Loire, il concerne des travailleurs handicapés présentant un handicap psychique ou cognitif. Il s'agit d'une orientation décidée par la MDA, sur proposition éventuelle du Service maintien, donc soumis aux délais des commissions de la MDA. Les délais de mise en place de l'accompagnement par le service de maintien en emploi et le job coaching sont longs, imposant parfois un arrêt prolongé délétère au maintien en emploi de la PSHP. Alors même que les études montrent le caractère déterminant du mode d'accompagnement dans l'emploi, de la remise rapide au travail et de l'avantage d'un intervenant unique et d'un accompagnement individualisé maintenu dans la durée. Le dispositif de job coach pourrait-il être sollicité dès le début de l'accompagnement si une problématique de handicap psychique est détectée ? Pourrait-il être généralisé et mis à disposition de manière plus précoce ? L'évaluation des besoins d'accompagnement et l'indication de la poursuite de l'accompagnement pourrait relever du rôle du job coach.

La sensibilisation des entreprises permettra un réel travail de collaboration entre le médecin du travail et l'employeur et pourrait permettre d'appuyer une demande d'emploi accompagné pour des situations complexes ou à risque de le devenir.

Avant de mettre en place des ateliers de sensibilisation très chronophages et demandant l'implication de nombreux professionnels de santé, des questionnaires pourraient être envoyés auprès des entreprises pour estimer la proportion d'entre elle qui seraient intéressées et prêtes à s'investir dans des ateliers de sensibilisation. On peut souligner également le rôle important de terrain du médecin du

travail sur la sensibilisation directe des entreprises et sur la communication des ateliers à leur disposition.

La mise en place de réunion de sensibilisation nécessite un apport pluridisciplinaire. La collaboration entre médecin du travail, psychiatre et médecins généraliste semble indispensable. Un groupe de travail pourrait être créé avec un médecin référent de chaque discipline. Cela permettrait de mieux comprendre les rôles de chacun auprès des patients. Des appréhensions existent chez les médecins généralistes et les psychiatres à orienter leur patient vers le médecin du travail par peur de l'inaptitude ce qui isole le médecin du travail. Des échanges réguliers permettraient d'éclaircir les différentes situations et les rôles propres de chacun des spécialistes en fonction des situations professionnelles. On pourrait envisager d'informer les médecins généralistes et les psychiatres sur le rôle du médecin du travail principalement axé sur le maintien en emploi mais également sur la protection des salariés et du collectif de travail. La question du handicap psychique est complexe. Les pathologies s'expriment différemment d'un individu à l'autre, elles sont fluctuantes et pas toujours bien étiquetées. Il semble important de travailler en réseau et d'échanger pour une meilleure collaboration dans l'intérêt de la PSHP qui reste au cœur du dispositif et des décisions. Les médecins généralistes ou les psychiatres pourraient dans certaines situations proposer aux patients de les orienter vers le médecin du travail lors de la modification de traitement ou de poste de travail pour anticiper les problématiques santé-travail. Le médecin du travail est en général au courant des problématiques de santé psychique dans les suites d'un arrêt de longue durée (plus de 3 mois) ayant ou non nécessité une hospitalisation. Alors qu'on sait que les arrêts courts à répétition peuvent également être un signe d'alerte d'un déséquilibre santé travail. Une meilleure collaboration médecin psychiatre/médecin généraliste et médecin du travail ainsi qu'une collaboration médecin du travail/entreprise permettrait d'intervenir plus précocement pour limiter les risques de tensions au sein des équipes de travail et les risques de désinsertion professionnelle.

Des dispositifs sont disponibles pour l'employeur et les médecins pour solliciter le médecin du travail : la visite à la demande, visite de mi-carrière, ... Il est indispensable cependant que cette visite se fasse avec l'accord du salarié.

De plus, le dispositif administratif est trop opaque pour les PSHP et les médecins généralistes. Les médecins du travail eux-mêmes ont régulièrement besoin de demander l'appui de la cellule maintien en emploi ou du médecin référent maintien en emploi du service de santé au travail pour mettre en place les dispositifs. La demande d'appui par un job coach sur le document de la MDA n'est pas suffisamment claire. Les intervenants autour des situations de handicap sont nombreux, cela rend le dispositif encore plus complexe en particulier pour des personnes qui peuvent être déstabilisées par des environnements peu stables.

Un organigramme pourrait être proposé pour identifier les différents intervenants et il semble nécessaire de réfléchir à la simplification des modalités de demande de prise en charge en particulier l'accompagnement par un job coach.

5.2. Aller vers le bien-être au travail et des organisations plus souples permettant d'allier aménagement et compétitivité

Comme l'explique C. Dejours, les formes actuelles d'organisation du travail, centrées sur la logique de profit de l'entreprise aboutissent à une compétition et une concurrence entre les salariés. Elles peuvent être sources de souffrance au travail et de souffrance psychique. Ce contexte exclut les plus vulnérables et notamment les personnes souffrant d'un handicap psychique. Dans ces entreprises, les salariés ne peuvent être maintenus en emploi que si les troubles sont parfaitement stabilisés et n'entraînent pas de handicap. (47)

L'accueil d'un travailleur handicapé psychique au sein d'une entreprise peut être l'occasion de questionner l'organisation du travail pour favoriser la souplesse, un encadrement réactif, une attention particulière aux besoins des salariés ; de repenser l'ensemble des conditions de travail (horaires, équipes, locaux...) et des parcours professionnels (formation, mutation...). Les PSHP peuvent être en effet sensibles aux facteurs de stress au travail. L'évolution des collectifs de travail vers la prise en compte de ces facteurs peut bénéficier à tout le collectif de travail.

Nous pouvons citer Claire Leroy Hatala qui pense que « en interrogeant le lien de l'entreprise dans sa globalité avec l'individu dans sa singularité, le handicap psychique ouvre de nouvelles voies de réflexion sur l'organisation du travail profitables à l'ensemble des salariés et à l'entreprise. » (53)

De nombreux travaux ont permis de faire avancer les réflexions et ont aboutis à des propositions concrètes pour permettre aux PSHP d'accéder et de se maintenir en emploi. De nombreux progrès restent encore à faire mais nous pouvons espérer profiter de la dynamique actuelle pour continuer à faire évoluer le maintien en emploi des personnes en situation de handicap psychique en France.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ruaux N. La santé au travail. hal. 2018;61.
2. Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale. Note d'orientation de l'HAS [Internet]. [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf
3. Santé mentale : les chiffres qui font peur - Observatoire de la santé [Internet]. 2017 [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.observatoire-sante.fr/sante-mentale-les-chiffres-qui-font-peur/>
4. Les causes médicales de l'invalidité en 2006. Points-de-repere-16_assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2008-07_causes-medicales-invalidite-2006_points-de-repere-16_assurance-maladie.pdf
5. Roy-Hatala CL. Le maintien dans l'emploi. In: Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie: Rétablissement, inclusion sociale, empowerment. Eres; 2012.
6. Santé mentale : définition et enjeux [Internet]. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur. 2021 [cité 21 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/sante-mentale-definition-et-enjeux>
7. Aubin C, Daniel C. Handicaps et emploi [Internet]. IGAS; 2019 2020 p. 72-3. Disponible sur: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_igas-2020-handicapsetemploi_interactif.pdf
8. Pachoud B, Leplège A, Plagnol A. La problématique de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique : les différentes dimensions à prendre en compte. Revue française des affaires sociales. 2009;(1-2):257-77.
9. Pachoud B. Évaluation du retentissement fonctionnel des psychoses : quels déterminants ? Recherches en psychanalyse. 2009;7(1):52-61.
10. Baylé MCH, Hardy Baylé MC. Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique [Internet]. 2015. 261 p. Disponible sur: http://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2015/11/Rapport_donnees_preuves_ameliorer_parcours_soins_vie_handicap_psychique_201509.pdf
11. Besnier N. Le trouble bipolaire : pathologie des cognitions et des émotions. L'information psychiatrique. 2008;84(2):129-35.
12. Lysaker PH, Erickson M, Buck KD, Dimaggio G. Les rapports entre métacognition, cognition et fonctionnement dans la schizophrénie : données issues de l'étude de récits personnels. L'information psychiatrique. 2012;88(4):267-77.
13. Masson E. Caractéristiques et impact des déficits métacognitifs dans la schizophrénie. Revue de la littérature. L'Encéphale. 1 avr 2013;39(2):123-9.
14. Rivera MJ, Lecardeur L. Comment remédier la cognition sociale chez les personnes souffrant de schizophrénie ? Revue de neuropsychologie. 2016;8(1):31-7.

15. Floriane. Cognition sociale dans la schizophrénie : deux profils de cognition sociale identifiés en fonction de la symptomatologie [Internet]. Centre ressource réhabilitation. 2022 [cité 21 nov 2022]. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/cognition-sociale-dans-la-schizophrenie-deux-profils-de-cognition-sociale>
16. Corbière M, Bordeleau M, Provost G, Mercier C. Obstacles à l'insertion socioprofessionnelle de personnes ayant des problèmes graves de santé mentale: données empiriques et repères théoriques. *smq*. 2002;27(1):194-217.
17. Corbière M, Villotti P, Toth K, Waghorn G. La divulgation du trouble mental et les mesures d'accommodements de travail : deux facteurs du maintien en emploi des personnes aux prises avec un trouble mental grave. *L'Encéphale*. 1 juin 2014;40:S91-102.
18. Matrat V, Grenier K. Real-world functioning et insertion : une nouvelle perspective? – Real-world functioning and rehabilitation: a new perspective. *La Lettre du Psychiatre*. 9 déc 2009;(6):126-9.
19. Velche D, Roussel P. La participation sociale des personnes présentant un handicap psychique : effet de rhétorique ou perspective nouvelle? [Internet]. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2011 mars [cité 21 nov 2022] p. 192. Disponible sur: <http://www.firah.org//fr/notice/625/la-participation-sociale-des-personnes-presentant-un-handicap-psychique-effet-de-rhetorique-ou-perspective-nouvelle.html>
20. Eklund M, Hansson L, Ahlqvist C. The importance of work as compared to other forms of daily occupations for wellbeing and functioning among persons with long-term mental illness. *Community Ment Health J*. oct 2004;40(5):465-77.
21. Dewa CS, Mc Daid D, Sultan-Taïeb H. Aspects épidémiologiques et économiques inhérents aux troubles mentaux. In: *Du trouble mental à l'incapacité au travail : une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. Presses de l'université du Québec; 2011. p. 15-40.
22. Laflamme AM, Nadeau J. Lois et mesures favorisant l'intégration et le maintien en emploi des personnes souffrant d'un trouble mental. In: *Du trouble mental à l'incapacité au travail : une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. Presses de l'université du Québec; 2011. p. 42-76.
23. Januel D. La remédiation cognitive, qu'est-ce-que c'est? [Internet]. 2017 [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <https://emag.eps-ville-evrard.fr/n4/recherche/la-remediation-cognitive-qu-est-ce-que-c-est/>
24. Pachoud B, Corbière M. Pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux graves : résultats et pistes de recherche. *L'Encéphale*. 1 juin 2014;40:S33-44.
25. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2008;31:280-90.
26. Drake RE, Bond GR, Becker DR. *Individual Placement and Support: An Evidence-Based Approach to Supported Employment*. Oxford University Press; 2012. 204 p.
27. Mueser KT, McGurk SR. Supported employment for persons with serious mental illness: current status and future directions. *Encephale*. juin 2014;40 Suppl 2:S45-56.
28. Pachoud B. Soutien à l'emploi, emploi accompagné et handicap psychique : une pratique nouvelle? *Pratiques en santé mentale*. 2014;60e année(3):13-6.

29. Corbière M, Brouwers E, Lanctôt N, van Weeghel J. Employment specialist competencies for supported employment programs. *J Occup Rehabil.* sept 2014;24(3):484-97.
30. Corbière M. Troubles mentaux courants
 Troubles mentaux graves - Santé mentale et travail [Internet]. [cité 28 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.santementaletravail.ca/troubles-mentaux-courants-graves/>
31. Corbière M, Villotti P, Lecomte T, Bond GR, Lesage A, Goldner EM. Work accommodations and natural supports for maintaining employment. *Psychiatr Rehabil J.* juin 2014;37(2):90-8.
32. Lemieux P, Durand MJ, Corbière M. Retour et réintégration au travail de personnes avec un trouble mental. In: *Du trouble mental à l'incapacité au travail : une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention.* Presses de l'université du Québec; 2011. p. 316-38.
33. Pomaki G. Return-to-Work Strategies for Employees With Mental Health Conditions. *Benefits Q.* 2017;33(1):50-5.
34. Saint-Arnaud L, Corbière M. Déterminants de la réintégration en emploi et du retour au travail en santé mentale. In: *Du trouble mental à l'incapacité au travail : une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention.* Presses de l'université du Québec; 2011. p. 109-37.
35. Dejours christophe. Travail vivant 2 Emancipation et travail [Internet]. Payot; 2009 [cité 13 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.payot-rivages.fr/payot/livre/travail-vivant-2-9782228908405>
36. Stuart H. Stigmatisation et discrimination liées à la santé mentale au travail. In: *Du trouble mental à l'incapacité au travail : une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention.* Presses de l'université du Québec; 2011. p. 339-61.
37. Audet I. Dévoiler son trouble mental ou non ? [Internet]. La Presse+. 2018 [cité 28 nov 2022]. Disponible sur: https://plus.lapresse.ca/screens/1602f93c-e955-4a25-af81-0d6cea6b6f67|_0.html
38. Gates LB, Akabas SH. Inclusion of People with Mental Health Disabilities into the Workplace: Accommodation as a Social Process. In: Schultz IZ, Rogers ES, éditeurs. *Work Accommodation and Retention in Mental Health* [Internet]. New York, NY: Springer; 2011 [cité 22 nov 2022]. p. 375-91. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0428-7_20
39. Vidal-Naquet PA. L'insertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques. *Handicap, compensation et aménagement approprié.* janv 2007;86.
40. Goyet V, Duboc C, Voisin G, Dubrulle A, Boudebibah D, Augier F, et al. Enjeux et outils de la réhabilitation en psychiatrie. *L'Évolution Psychiatrique.* 1 janv 2013;78(1):3-19.
41. de Berranger S. Travail et handicap psychique. *Empan.* 2004;55(3):111-4.
42. Roy-Hatala CL. Le maintien dans l'emploi de personnes souffrant de handicap psychique, un défi organisationnel pour l'entreprise. *undefined* [Internet]. 2009 [cité 28 nov 2022]; Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Le-maintien-dans-l%27emploi-de-personnes-souffrant-de-Roy-Hatala/65d46b1750bd088348b18c5517d93f1c8592899b>
43. Le Roy-Hatala C. Les handicaps psychiques : un nouvel enjeu pour les entreprises ou une nouvelle façon de traiter un problème ancien ? In: *Les handicaps psychiques* [Internet]. Rennes: Presses de

l'EHESP; 2009 [cité 25 nov 2022]. p. 107-15. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-handicaps-psychiques--9782810900114-p-107.htm>

44. Leguay D, Jouet E. Favoriser l'accès à l'emploi pour les personnes vivant avec un handicap psychique. In: Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie [Internet]. Toulouse: Érès; 2012 [cité 25 nov 2022]. p. 179-94. (Actualité de la psychiatrie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/pour-des-usagers-de-la-psychiatrie-acteurs-de-leur--9782749216089-p-179.htm>
45. Laberon S, Scordato N, Corbière M. Représentations du «trouble psychique» et adéquation à l'emploi perçue par des employeurs du milieu ordinaire de travail en France. *smq*. 2017;42(2):133-53.
46. Daumerie N, Bacle SV, JY G, BOURDAIS-MANNONE C, Caria A, Roelandt JL. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *ENCEPHALE*. 2012;(38(3)):224-31.
47. Identifier les freins et les leviers à l'embauche et au maintien en emploi des personnes en situation de handicap. Oeuvre Falret; 2020 juin.
48. Rapport IPSOS. Perceptions et représentations des maladies mentales [Internet]. Un sondage Ipsos pour FondaMental et Klesia; 2014 juin [cité 25 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.fondation-fondamental.org/node/610>
49. OCDE. Mal-être au travail?: Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi [Internet]. OECD; 2012 [cité 22 nov 2022]. (Santé mentale et emploi). Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/employment/mal-etre-au-travail-mythes-et-realites-sur-la-sante-mentale-et-l-emploi_9789264124561-fr
50. Schizophrénie · Intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles [Internet]. Inserm. [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/>
51. Perceptions et représentations des maladies mentales. :21.
52. Pachoud B. Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*. 2012;88(4):257-66.
53. Roy-Hatala CL. Lorsque les troubles psychiques deviennent un handicap : le salarié et l'entreprise à l'épreuve du maintien dans l'emploi. 2007;473.
- 54 Busnel M. "l'emploi un droit à faire vivre pour tous" : évaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi, prévenir la désinsertion socioprofessionnelle. 2009 p.71

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	IX
RESUME.....	1
INTRODUCTION	2
MÉTHODES	6
RÉSULTATS	8
1. Exposé de la problématique : handicap psychique et travail	8
1.1. Chiffres clés et pathologies concernées	8
1.2. Retentissement fonctionnel et déterminants du retour à l'emploi : travail et neurocognition	8
1.2.1. Le retentissement fonctionnel des pathologies psychiques	8
1.2.2. Paramètres à prendre en compte dans l'évaluation des possibilités de réinsertion	9
1.3. Valeur thérapeutique du travail	12
1.4. Retour thérapeutique au travail et outils disponibles	15
1.4.1. L'emploi accompagné	16
1.4.2. Le job coach	17
1.4.3. Les interventions en milieu de travail, les aménagements du poste de travail	18
1.4.4. Pharmacothérapie et psychothérapie	19
1.4.5. Facteurs individuels et organisationnels dans l'analyse du phénomène :	19
1.4.6. Rôle des acteurs touchés par la gestion de l'absence	19
1.4.7. Conditions de soutien dans le milieu de travail qui participent à l'intégration et au maintien en emploi des travailleurs ou qui l'empêchent :	20
1.4.8. Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé	21
1.4.9. Le médecin du travail	21
1.4.10. Dévoilement de la situation de handicap psychique.....	22
2. Divulgence du trouble mental en entreprise	22
2.1. La divulgation du trouble mental en entreprise : enjeux	22
2.1.1. Divulguer son trouble mental en entreprise	22
2.1.2. Les adaptations du poste de travail	23
2.1.3. La Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)	24
2.1.4. Le moment de la divulgation	24
2.1.5. Les impacts du dévoilement	25
2.1.6. Le processus décisionnel	25
2.2. Obstacles et facilitateurs liés à la personne en situation de handicap psychique.....	25
2.2.1. Le Retentissement fonctionnel des pathologies psychiques	25
2.2.2. Variables individuelles	26
2.2.3. La métacognition et la cognition sociale	26
2.2.4. La demande de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé	27
2.3. Obstacles et facilitateurs au sein de l'entreprise	28
2.3.1. Représentation du handicap	28
2.3.2. Obstacles et facilitateurs au sein de l'entreprise	31
a) Structure de l'entreprise.....	33
b) Handicap et performance économique	35
c) culture de l'entreprise	36

d) Sensibilité du dirigeant.....	36
2.3.3. Conclusion.....	37
DISCUSSION ET CONCLUSION	39
1. Genèse du sujet étudié	39
2. Intérêts et Limites méthodologiques	39
3. Etat de l'art - Etat des lieux des connaissances sur le maintien en emploi des PSHP	40
3.1. Des facteurs individuels, ... et des facteurs organisationnels à prendre en compte dans un maintien en emploi	40
3.1.1. Facteurs individuels	40
3.1.2. Aménagements et dévoilement.....	41
3.1.3. Job coach	41
3.1.4. Freins et facilitateurs en entreprise	42
3.2. La RQTH, une démarche incontournable.....	44
3.3. Sensibiliser pour impulser une nouvelle dynamique d'inclusion des PSHP	46
4. Prise de hauteur et réflexion	47
4.1. Médecin du travail un acteur clé du maintien en emploi.....	47
4.2. La RQTH et les demandes d'aménagement restent des démarches stigmatisantes	49
4.3. Rôle des services de santé au travail – prévention - Appui et relais des démarches de sensibilisation des entreprises	51
5. Conclusion	52
5.1. Pistes d'amélioration et d'actions concrètes.....	52
5.2. Aller vers le bien-être au travail et des organisations plus souples permettant d'allier aménagement et compétitivité	54
BIBLIOGRAPHIE.....	56
TABLE DES MATIERES	60

TRAINEAU MARIE

Freins et facilitateurs du maintien en emploi des personnes en situation de handicap psychique

RÉSUMÉ

Introduction Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), cinq des dix pathologies les plus préoccupantes du XXI^e siècle sont des maladies psychiques : schizophrénies, troubles bipolaires, addictions, dépressions et troubles obsessionnels compulsifs. Depuis les 20 dernières années on observe des avancées concernant la question du handicap psychique et du travail. Quels sont les freins persistants et les leviers à l'intégration des Personnes en Situation de Handicap Psychique (PSHP) en entreprise en milieu ordinaire.

Sujets et Méthodes Une revue narrative de la littérature a été menée de juin 2020 à décembre 2021. Les recherches bibliographiques se sont concentrées sur les publications de quatre bases de données et sur deux ouvrages traitant du handicap psychique et du travail.

Résultats L'emploi est un facteur de rétablissement pour les personnes en situation de handicap psychique. L'emploi accompagné est un dispositif permettant d'accompagner la PSHP et l'entreprise dans l'accès et le maintien en emploi. Les études montrent qu'il augmente les chances de se maintenir en emploi par rapport aux autres méthodes. Il se développe en France mais reste balbutiant et réservé aux situations les plus complexes alors que la remise précoce au travail est préconisée.

Conclusion Le système de l'entreprise et le système médico administratif qui nous gouverne génèrent des obstacles à la fluidité du parcours d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique. Un accompagnement des entreprises, l'accès à la formation et à la sensibilisation du personnel de ressources humaines et des encadrants pour lutter contre la stigmatisation semblent indispensables pour donner l'opportunité aux personnes en situation de handicap psychique de mieux s'intégrer dans le monde de l'entreprise. La formation et le travail en réseau des professionnels de santé semblent également nécessaires. Le médecin du travail est un acteur clé du maintien en emploi. Il doit, avec les services de santé au travail se saisir de cette problématique et être inclus dans les réflexions autour de l'accompagnement de cette population.

Mots-clés : handicap psychique, retour au travail, maintien en emploi, médecin du travail.

Obstacles and facilitators of job retention for people with psychiatric disorders

ABSTRACT

Introduction according the world health organisation, five of the most concerning illnesses of the twenty-first century are mental health issues : schizophrenia, bipolar disorder, addiction, depression, obsessive compulsive disorder. Since the 1920s, progress has been made about mental health and access to work. What are the remaining obstacles and the leverages to integrate people with mental disorder to regular jobs.

Subject and Methods narrative review was conducted from june 2020 to december 2021. The bibliographic research focused on the publications of four databases and on two studies dealing with mental disability and work.

Results Employment is a recovery factor for people with mental disabilities. Supported employment is a system to support the person with a mental disability and the company in accessing and maintaining employment. Studies show that it increases the chances of continued employment compared to other methods. It is developing in France but remains in its infancy and reserved to the most complex situations while early return to work is recommended.

Conclusion The company system and the medico-administrative system that governs us generate obstacles to the fluidity of the support process for people with mental disabilities. Support for companies, access to training and awareness-raising for human resources staff and supervisors seem essential to fight against stigmatization and to give people with mental disabilities the opportunity to better integrate to work. Training and networking of health professionals also seem necessary. The occupational physician is a key player in job retention. He must, with the occupational health services, take up this issue and be included in the reflections around the support for this population.

Keywords : psychiatric disorders, mental disability, job retention, return to work