

2016-2017

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE DU TRAVAIL

**Bénéfice du travail sur la
consommation de soins
de personnes en
situation de handicap
psychique travaillant au
sein d'un ESAT**

Mlle HENRY Camille

Née le 08 novembre 1988 à St Lô (50)

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 Docteur PETIT Audrey	Membre
Monsieur le Professeur DUVERGER Philippe	Membre

Soutenue publiquement le :
03 juillet 2017



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Mlle HENRY Camille
déclare être pleinement conscient(e) 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'étudiant(e) le **05/04/2017**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUIZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, je tenais à remercier toutes les personnes qui, de loin ou de près, ont contribué à la réalisation de ce projet et m'ont encouragée, aidée, soutenue.

Mes premiers remerciements vont à mon directeur de thèse, le Docteur Denis Leguay, pour sa confiance accordée en me proposant ce travail, pour ses multiples et précieux conseils, et surtout pour la patience dont il a fait preuve.

Merci pour les heures consacrées à diriger ce travail malgré vos charges personnelles.

J'ai beaucoup apprécié travailler avec vous et je réitérerais sans hésitation l'expérience.

Je remercie le Professeur Yves Roquelaure qui me fait l'honneur, aujourd'hui, de présider ce jury pour ses nombreux enseignements. Je le remercie également de m'avoir accueillie au sein de son service pour quelques mois.

Merci au Docteur Audrey Petit pour son encadrement, ses enseignements et, son écoute et de me faire l'honneur de faire partie de mon jury de thèse.

Je remercie également le Professeur Philippe Duverger, d'avoir accepté d'évaluer mon travail en étant présent ce jour dans mon jury de thèse.

J'adresse également ma gratitude à Mr Bernard Pachoud et Mr Marc Corbière de m'avoir aiguillée dans la réalisation de ce travail. Leurs écrits et publications ont été des immenses sources d'inspiration.

Je tiens à remercier Julien Jupille pour ses conseils et sa vision sociologique du sujet.

Merci aux formidables personnes que j'ai croisées pendant mon parcours d'interné, qui m'ont accompagnée et soutenue : Au Dr Colin qui fut mon premier chef de service à m'épauler, Dr Chisacof et le Dr Levrard, Merci également aux praticiens du CESAME, en particulier les Dr Delaunay, Barbe, Lambert et Bertrand. Merci aux médecins de la MSA de Beaucouzé : les Dr Schabel, Michaud, Zurlinden, Camus, Bimier, Spiesser et Migne.

Une pensée tout particulière aux personnels soignants et non soignants des différents services où je suis passée : Gwenaëlle, à l'équipe du service Lupins du centre de l'Arche, Rozenn, MFR, Françoise, Max, à l'équipe de la 15 du CESAME.

Merci à Gwladys et Tiphaine, mes « poulettes ». Vous êtes mes premières co-internes et je n'oublierai jamais tous ces moments. Merci pour votre sincérité et votre simplicité.

REMERCIEMENTS

Merci à mes amis pour leurs attentions répétées concernant mon travail et qui grâce à cette petite phrase "mais tu soutiens quand ta thèse ?", m'ont permis de garder cet objectif en tête.

Je dis toute mon affection à ma famille qui m'a porté tout au long de ces années, et en particulier à mes merveilleux parents. A ma maman qui a toujours été prête à tout pour mon bien être. A mon papa, grand moteur et gros pilier, tout au long de mes études.

Malgré la distance qui nous sépare, leur confiance, leur tendresse et leur amour me portent et me guident tous les jours. Je leur dois tout. Qu'ils trouvent dans la réalisation de ce travail, l'aboutissement de leurs efforts ainsi que l'expression de ma plus affectueuse gratitude et de mon amour.

Merci à mon « petit » frère, Jordan, pour sa patience à l'égard de mes multiples lacunes en informatique.

Un remerciement tout particulier mais indicible à compagnon Nicolas. Tu as été mon soutien et m'as supportée quotidiennement. J'ai écrit ce travail en construisant ma vie à tes côtés. Lors de mes nombreux moments de doute, mes incertitudes, mes "coups de mou", tu as été là et nos échanges ont été précieux pour moi. Tu as toujours été fier de moi.

Une énorme pensée pour des êtres chers partis trop tôt, qui auraient certainement été fiers de me voir ici et d'apprécier le travail que j'ai accompli.

Merci à mes co-internes pour ces moments partagés et à toutes les personnes, citées et non citées, qui ont cru en moi et qui m'ont permis d'arriver au bout de ce travail de thèse.

Et à tous les absents...

Liste des abréviations

AAH :	Allocation adulte handicapé
Agefiph :	Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
CATTP :	Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
CCOMS :	Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé
CDAPH :	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CESAME :	Centre de santé mentale Angevin
CIF :	Classification internationale du fonctionnement
CIH :	Classification internationale des handicaps
CMP :	Centre médico-psychologique
DIM :	Département d'information médicale
Dress :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EA :	Entreprise adaptée
ESAT :	Établissement et service d'aide par le travail
Fiphfp :	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
HDJ :	Hôpital de jour
HTP :	Hospitalisation temps plein
IGAS :	Inspection générale des affaires sociales
Insee :	Institut national de la statistique et des études économiques
IPS :	« Individual placement and support »
MDA :	Maison départementale de l'autonomie
MDPH :	Maison départementale des personnes handicapées
MSIF :	Multidimensional Scale of Independent Functioning
OETH :	Obligation d'emploi des travailleurs handicapés
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PPS :	Prestation ponctuelle spécifique
PSHP :	Personne en situation de handicap psychique
RQTH :	Reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés
RPS :	Réhabilitation psychosociale
RWF :	Real world Functioning
SAMETH :	Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SAMSAH :	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS :	Service d'accompagnement à la vie sociale
SIMOT :	Service d'insertion en milieu ordinaire de travail

Plan

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

Nous avons effectué l'un de nos stages d'interne dans un service de psychiatrie générale dont l'orientation clinique se focalisait sur les objectifs et les méthodes de la réhabilitation psychosociale. L'équipe des professionnels s'interrogeait sur les rapports de la santé et du travail et avait réalisé une petite étude pilote sur l'évolution de la consommation de soins des personnes en situation de handicap psychique (PSHP) après intégration dans un établissement d'aide et de service par le travail (ESAT).

Cette recherche s'intéresse à la consommation de soins des PSHP exerçant une activité professionnelle et a permis de dégager quelques résultats apparaissant suffisamment significatifs pour justifier un approfondissement de la question.

Dans ce travail, nous exposerons les résultats de cette étude, nous les discuterons, et prolongerons notre réflexion sur la place du travail et de l'emploi dans les parcours de vie et de santé des personnes présentant ce type de troubles.

La plupart du temps, nous emploierons par commodité de rédaction le terme de PSHP pour désigner les personnes en situation de handicap psychique.

En partant des réflexions que nous a inspiré cette étude, nous effectuerons un survol de l'état des lieux des données aujourd'hui disponibles sur la question de l'insertion professionnelle de ces personnes.

1. Contexte et problématique concernant le handicap psychique

En 1946, l'organisation mondiale de la santé (OMS) établit la définition suivante : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette même institution propose en 2005 une définition de la santé mentale qui stipule qu'une « personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre ».

Les troubles psychiques deviennent un véritable enjeu de santé publique, notamment de par leur prévalence, leur gravité, leurs coûts (directs et indirects) engendrés mais aussi de par les difficultés rencontrées lorsque l'on parle d'insertion professionnelle et de maintien dans l'emploi des personnes atteintes.(1)

Le handicap psychique est la conséquence directe des troubles psychiques. Il paraît d'ores et déjà important de distinguer le handicap psychique et le handicap mental. Le « handicap psychique », toujours associé à des pathologies psychiatriques, présente une certaine variabilité et nécessite une médicalisation alors que le handicap mental est lié à une déficience intellectuelle, à un état stable, et ne nécessite pas de médicalisation continue.(1)

Dans ce travail sera abordé et développé exclusivement le thème du handicap psychique.

Sur le plan historique, le mot « handicap » vient du terme anglais « hand in cap » qui signifie « main dans le chapeau », expression qui découle d'un jeu d'échanges d'objets personnels qui se pratiquait en Grande Bretagne au 16^{ème} siècle. Un arbitre évaluait les objets et s'assurait de l'équivalence des lots pour garantir l'égalité des chances des joueurs. Le handicap était la situation défavorable de celui qui avait tiré un mauvais lot. Ce terme, que ce soit dans les mythes de l'antiquité, le Moyen Age, la Première guerre mondiale, les représentations (cinématographiques ou artistiques) du 20^{ème} siècle entre autres, a toujours été synonyme d'exclusion, de pauvreté, d'incapacité, d'infirmité, etc. Puis il a été utilisé dans certains sports (courses hippiques où le handicap été attribué aux chevaux), dans les jeux, dans les représentations artistiques puis dans la société (trisomie, invalides de la guerre, etc.)

La législation n'a commencé à favoriser ceux qui étaient considérés comme infirmes et exclus de la société qu'à partir de la première moitié du 20^{ème} siècle avec parution des premières lois et création des premières associations pour la défense des personnes handicapées et en situation de handicap.(2)

Au niveau mondial, la schizophrénie, les troubles bipolaires, les addictions, la dépression et les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) sont, selon l'OMS, les cinq des dix pathologies mentales les plus préoccupantes du 21^{ème} siècle.(3)

D'après l'union nationale de familles et amis de personnes malades handicapées psychiques (Unafam), au moins 2 millions de personnes souffrent de troubles psychiques sévères, soit 3% de la population française. Mais plus de 3 millions de Français sont concernés directement par les troubles psychiques sévères d'un proche (environ 4% de la population). Au total, pas moins de 5 millions de personnes sont concernées par les conséquences des maladies psychiques en France (8% de la population).

Selon les prévisions de l'OMS, en 2020, 33 % de la population française sera touchée, au moins une fois dans sa vie, par un trouble de santé mentale.(4)

Les problèmes rencontrés dans les situations de handicap dit psychique (anciennement dénommé handicap consécutif à des troubles psychiatriques) sont d'ordre relationnel, des difficultés de concentration, une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités alors que la personne garde des facultés intellectuelles normales.

Sur le plan professionnel, les maladies psychiques constituent en France la première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle et le deuxième motif d'arrêt de travail. Elles ont une répercussion économique considérable avec en particulier 22% des invalidités dues aux maladies.(4)

L'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique (PSHP) est un sujet d'actualité ainsi qu'une préoccupation au premier plan pour de nombreuses raisons. Au cours de ces dernières années, les soins psychiatriques ont évolué (progrès pharmacologiques et psychothérapeutiques, sectorisation et expansion des structures alternatives, raccourcissement des prises en charges hospitalières) et les pratiques de réhabilitation psychosociale (RPS) se sont développées, en France notamment. La RPS est un processus facilitant le rétablissement d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. Elle met l'accent sur l'intégrité et les forces de l'individu plutôt que sur sa maladie. Les principes qui fondent cette réhabilitation sont la priorité donnée au développement et à l'optimisation des capacités de l'individu, l'apprentissage d'habiletés élémentaires et l'autodétermination.

De plus, les législateurs nous montrent leur volonté de rendre actrice la PSHP et de l'aider à s'intégrer grâce à l'évolution des textes réglementaires qui prévoient et favorisent des mesures de soutien à la réinsertion professionnelle.(5)

Tout d'abord, la loi de 2002¹, relative aux droits des usagers et des malades, donne une place centrale à l'usager autour duquel s'articule l'ensemble des acteurs de sa prise en charge. Depuis 2001, l'adoption et la diffusion de la classification internationale du fonctionnement, du Handicap et de la santé (CIF), autrefois dénommée classification internationale des handicaps (CIH), a permis de concevoir le handicap comme le résultat d'une interaction dynamique entre les problèmes de santé d'une personne d'une part et les facteurs contextuels d'autre part.

Puis la récente loi du 11 février 2005² relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées définit pour la première fois le handicap psychique en reconnaissant et prenant en compte le handicap lié aux troubles psychiques. Elle prend des dispositions relatives à l'accueil, à l'emploi et à l'intégration des personnes handicapées. En parallèle, des structures d'aide à l'insertion professionnelle de ces personnes se sont développées afin de les aider au mieux sur ce parcours difficile du retour à l'emploi.

2. Liminalité et insertion professionnelle

Les personnes qui se présentent sur le marché du travail après avoir traversé des périodes plus ou moins longues de troubles psychiques paraissent enfin arrivées au terme d'un parcours. Une fois la pathologie stabilisée, elles s'inscrivent alors dans une procédure de RPS. Plusieurs chemins peuvent s'offrir à elles comme de passer par des formations, de transiter dans un milieu protégé ou bien encore dans des entreprises intermédiaires, etc.

¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

² Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Mais en réalité, le cheminement n'est pas aussi linéaire que cela. Les régressions, les rechutes, les stagnations dans telle ou telle étape ponctuent tous les parcours. Les passages d'un statut à un autre ne s'effectuent pas de manière très nette mais dans la (longue) durée. Le terme de « liminalité » pourrait définir ce temps de passage qui n'en finit pas. Murphy, anthropologue Américain, pose comme caractéristique essentielle des personnes handicapées d'être dans une situation intermédiaire (1989 ; 1990). Son approche de cette situation de seuil, ou de liminalité, trouve son origine dans la théorie des rites de passage de Van Gennep en 1909.(6)

Cette posture rend problématique en effet les processus identitaires. Faute d'étayage stabilisé, les personnes qui évoluent dans un espace liminal, ont du mal en effet à trouver les appuis nécessaires à la construction de soi et à s'inscrire dans des démarches projectives. C'est pour cela qu'il est nécessaire de s'intéresser aux conséquences de cette liminalité sur les rôles sociaux qu'entendent jouer ces PSHP.

Avoir un projet professionnel est une question importante pour la majorité de ces personnes qui accordent, a priori, une certaine valeur au travail bien que cela ne soit pas le cas de tous les malades psychiques. Le travail peut constituer pour elles un support à une réinsertion sociale, à une identité différente de celle qui est liée à la maladie ou au handicap, et cette perspective n'est pas que subjective.

Mais malgré tout cela, l'insertion professionnelle ne met pas vraiment un terme à cette situation liminaire. D'une part, en raison des identités mal assurées des personnes handicapées psychiques et d'autre part, en raison du regard social qui est porté sur ce type de handicap dans le milieu du travail. Pour beaucoup de personnes souffrant de troubles psychiques, le travail protégé ou les structures d'insertion aident manifestement à faire le passage entre le monde de la maladie et celui du travail. Ces institutions permettent de remettre les personnes à niveau, de définir quelques repères et finalement de donner une certaine confiance en soi. Mais les structures de transition restent un monde un peu à part. Les conditions de travail en ESAT ne sont pas exactement celles du milieu ordinaire. La confiance en soi acquise pendant la période de transition ne manque pas d'être fragilisée à l'occasion d'un changement de contexte.

La disqualification de ces personnes peut être blessante. Elles ont eu au cours de leur parcours d'insertion, des formations puis, après un passage devant la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), de la reconnaissance de la qualité de « travailleur handicapé » (RQTH) qui est souvent difficilement acceptée. La CDAPH prend des décisions relatives aux droits des personnes handicapées et attribue entre autres la RQTH, la prestation de compensation et l'allocation adulte handicapé (AAH) grâce à un formulaire unique de demande.

Mais pour certaines d'entre elles, leur qualification n'est pas toujours appréciée à sa juste valeur, et oblige parfois même à minorer une qualification pour espérer s'engager dans la voie professionnelle, trouver un stage ou un emploi. Ce processus de dévalorisation n'est pas facilement admis.

Le statut de travailleur handicapé peut être ignoré (la personne est traitée comme n'importe quel autre salarié) ou alors la personne est considérée comme handicapée et fait l'objet d'un traitement spécifique.

La déstabilisation dans l'emploi peut être causée par des trajectoires professionnelles qui peuvent être très segmentées ou par des dysfonctionnements sociaux qui n'ont rien à voir avec le monde du travail. Ces personnes peuvent avoir ce sentiment que leurs itinéraires sont toujours plus ou moins menacés, menacés par la précarité sociale, professionnelle, affective mais aussi par la précarité psychique.

Tout se passe donc comme si le seuil de dépassement de la liminalité n'était jamais véritablement franchi, même quand toutes les apparences de la normalité sont là.

Pour certains, l'affichage du handicap est une sorte d'obligation quasi juridique mais quelques-uns se rendent compte que ça peut finalement leur porter préjudice. Pour d'autres, il faut dissimuler le statut de handicap, ce qui peut être dangereux pour celui qui serait découvert. Le handicap peut être caché au moment de l'embauche mais au bout d'un certain temps, la rumeur, les absences répétées, les baisses de performances peuvent, par exemple, les trahir.

Les personnes qui ont des troubles psychiques et qui tentent de s'insérer dans le milieu professionnel sont finalement dans une position inconfortable. Elles sont poussées à rendre public leur handicap

(qui ne se voit pas forcément d'emblée) car des avantages sont liés à cet affichage, mais préféreraient se taire.

Elles sont moins enclines à s'emparer de leur handicap pour faire valoir leurs droits que de les minorer pour tenter de le faire oublier, sans toujours y parvenir définitivement. Bien souvent, les modalités très hésitantes de présentation de soi ne font que conforter la situation liminaire dans laquelle elles se trouvent. Le rôle de l'environnement est un élément également important dans la construction de leur situation.

On a donc des propositions « d'aménagements appropriés » qui sont individualisées dans le but de sécuriser au cas par cas des trajectoires de vie des personnes. En passant de l'hôpital à un milieu de travail qualifié d'ordinaire, elles souhaitent accéder à la normalité, se délester de l'étiquette « malade mental » et donc éliminer tous signes distinctifs.

Les personnes cherchent à échapper à une stigmatisation qui non seulement génère de la peur sociale mais encore impose le statut d'incurable.

La dissimulation de cet état de « malade » devient un moyen d'espérer retrouver une place sociale et c'est à « bas bruit » que ces personnes atteintes de troubles psychiques cherchent à se frayer un chemin dans l'insertion professionnelle.(7)

Les représentations sociales du handicap sont négatives et tant qu'elles le resteront à ce point, « l'aménagement approprié », interne à l'entreprise, restera une solution exceptionnelle, à proposer avec tact, et surtout en étroite concertation avec les personnes concernées afin de limiter les effets de stigmatisation.(8,9)

D'ailleurs, serait-il souhaitable de systématiser la mise en œuvre de telles démarches ?

3. Déterminants du retentissement fonctionnel et de la réintégration au travail des personnes souffrant de troubles psychiques

La maladie a un retentissement fonctionnel sur la personne en situation de handicap psychique. Pour l'apprécier, différents aspects sont à prendre en compte :

- La qualité de vie subjective,
- L'insertion professionnelle,

- L'étendue et la qualité des relations sociales (ou de la vie relationnelle),
- L'autonomie ou l'indépendance dans la vie quotidienne.

Les manifestations symptomatiques de ces dimensions nécessitent d'avoir une approche quantitative et qualitative. On doit pouvoir quantifier la symptomatologie, le déficit cognitif et le retentissement fonctionnel. Et contrairement à ce que l'on pourrait penser, il n'existe qu'une faible corrélation entre ces trois dimensions.(10) De plus, les troubles cognitifs n'expliquent pas les symptômes, que ces derniers soient positifs ou négatifs.

Les symptômes positifs peuvent être les phénomènes hallucinatoires, les idées délirantes, la désorganisation de la pensée et du discours, etc. Ils n'expliquent pas le retentissement fonctionnel.

Les symptômes négatifs sont pour partie le ralentissement, l'altération de la motivation voire de la volonté, l'appauvrissement de l'activité. Ils sont en partie corrélés au retentissement fonctionnel.

Les troubles cognitifs sont, pour certains d'entre eux, corrélés au retentissement fonctionnel également. Nous pouvons citer les troubles des fonctions exécutives, les troubles de la mémoire verbale.

On relève que la symptomatologie négative et certains troubles cognitifs constituent des facteurs prédictifs de l'aptitude au travail de ces personnes malades. D'autres facteurs, qui ne sont ni des symptômes, ni des déficits cognitifs, se révèlent des déterminants importants des possibilités de réinsertion professionnelle.(11)

Les dimensions psychopathologiques et cognitives sont donc à prendre en compte afin d'évaluer les possibilités d'insertion professionnelle mais elles ne suffisent pas à rendre compte du retentissement fonctionnel et à apprécier les possibilités d'insertion professionnelle. Il existe des facteurs médiateurs (ou variables intermédiaires) qui sont les facultés métacognitives, la motivation intrinsèque, la cognition sociale et le potentiel d'apprentissage.

Les autres dimensions à intégrer sont :

- Le niveau de formation scolaire et professionnel antérieur à la maladie et l'expérience acquise du monde du travail.

En général, le rapport du sujet au travail dépend de la valeur et du sens accordé au travail, du sentiment d'efficacité au travail et de la durée d'interruption de l'activité professionnelle.

- Les aptitudes sociales et relationnelles,
- Les facultés métacognitives d'appréciation de ses capacités,
- Les facteurs motivationnels déterminés en particulier par le sentiment d'efficacité, la reconnaissance, l'estime de soi et la confiance en soi.
- Le projet d'activité ou d'orientation qui est lié au projet de vie du patient,
- Les aspects propres à l'activité de travail,
- Les ressources propres à l'environnement du sujet et la capacité de tirer profit, de ces ressources et de savoir les mobiliser.(10)

Il existe aujourd'hui deux approches du handicap :

- Le modèle médical qui se focalise sur la ou les déficiences de la personne. Cette approche assimile le handicap à la déficience.
- Le modèle social (ou modèle alternatif) qui se focalise également sur la ou les déficiences mais en plus sur l'ensemble des conséquences de la maladie sur la vie de la personne. Puis l'attention est ensuite déplacée vers ses déterminants situationnels ou environnementaux.

Une intégration des deux modèles s'effectue progressivement depuis le début du 21^{ème} siècle grâce à la prise en compte de facteurs environnementaux et situationnels entre autres des PSHP. La loi de février 2005 articule l'(ancien) modèle médical et le (nouveau) modèle social et laisse une importante place à l'objectivation médicale des déficiences (modèle médical), tout en portant l'accent sur l'accessibilité de l'environnement (modèle social).(10)

La question de la réinsertion sera dépendante du point de vue du chercheur (ou du praticien), de sa compétence disciplinaire, ce qui génère des biais dans la recherche. Il paraît donc nécessaire d'avoir une approche pluridisciplinaire. En effet, il existe une pluridimensionnalité des facteurs impliqués dans la réinsertion qui exige d'avoir cette approche et requiert pour la pratique du soutien à la réinsertion des prises en charges multidisciplinaires. Les outils d'évaluation analytique (évaluation des

symptômes, évaluation des performances cognitives) s'avèrent insuffisants à appréhender le handicap et le potentiel d'insertion, il importe de développer en complément des moyens d'appréciation globaux (exemple : une mise en situation au travail).

Le diagnostic n'est pas un déterminant de la réinsertion professionnelle. On a d'une part les éléments à disposer avant l'évaluation (le diagnostic, le projet de vie, le fonctionnement cognitif, le parcours de vie) et d'autre part les éléments à réunir lors de l'évaluation (le rapport à la maladie, les compétences sociales, les ressources personnelles et/ou propres à l'entourage).

Le biais d'expertise tenu par les seuls cliniciens qui évaluent seulement la dimension psychopathologique peut être en partie corrigé par des évaluations pluridisciplinaires comprenant une évaluation technique, en situation de travail.(10)

Les soignants doivent prendre du recul sur leur savoir afin d'éviter de décider à la place des usagers et ainsi partir de leurs expériences d'où l'importance du travail actuel de recherche sur la biographisation.

L'évaluation du handicap et des possibilités de réinsertion est plus qu'une évaluation clinique et psychopathologique s'intéressant à une situation actuelle, elle appelle des compétences et une attention particulière pour les dimensions évoquées auparavant, qui va inclure dans les éléments à considérer une dimension anticipatrice du rétablissement possible.

La remédiation cognitive (rééducation des fonctions cognitives altérées) avec les performances cognitives sont un facteur à prendre en compte et à optimiser. Mais il y a aussi le mode et la qualité de l'accompagnement qui sont deux des principaux déterminants de l'insertion en milieu ordinaire de travail de ce public. Une approche pluridisciplinaire est nécessaire pour accompagner au mieux ces personnes et ainsi permettre leur retour et/ou maintien en emploi.(12)

4. Le travail a-t-il une valeur thérapeutique ?

Les PSHP trouvent difficilement leur place dans le monde du travail. Elles doivent gérer les difficultés liées aux conséquences de leur maladie et les exigences du marché de l'emploi, les préjugés et la stigmatisation entre autres dont elles sont la cible.

L'emploi apparaît comme un facteur capital d'intégration et d'inclusion sociale. L'insertion professionnelle des PSHP est un axe majeur à promouvoir pour leur insertion sociale et leur rétablissement. Elle est considérée comme un moyen d'améliorer leur qualité de vie et de contribuer à la stabilisation de leur état de santé. La valeur « thérapeutique » du travail en psychiatrie est internationalement reconnue depuis bon nombre d'années en raison d'effets directs et indirects sur les personnes et l'activité professionnelle paraît être un facteur essentiel du rétablissement. « Le travail est valorisé de la même façon par les usagers (consumers) et d'autres parties prenantes en ce qu'il évoque une contribution à la société, appelle un respect et offre un espoir de libérer l'usager de la dépendance financière d'autres et ouvre la porte à des relations gratifiantes basées sur la réciprocité et le partage des responsabilités ». (13)

Le fait d'être en activité offre différents bénéfices qu'il ne faut pas perdre de vue : l'emploi apporte une valorisation sociale, structure le temps, renforce l'estime de soi, donne du sens à l'existence, contribue à l'indépendance financière et favorise la participation à la vie sociale.

Le travail est un moteur d'intégration dans la société. Trouver sa place en emploi est aussi et surtout un moyen de se sentir intégré dans une société excluant parfois les PSHP, le travail est un facteur de reconnaissance sociale. La valeur du travail comme vecteur d'intégration mais aussi comme lieu de réalisation de soi. (14)

De plus, des témoignages de rétablissement (recovery) semblent faire écho à l'importance du travail en termes d'estime de soi, de relation avec les autres, de capacité à faire face à ses responsabilités, d'apprentissage à la gestion du stress et pour atteindre l'autonomie personnelle. Des études avancent que beaucoup de personnes qui présentent des troubles mentaux disent vouloir travailler et faire le même travail que celles qui ne présentent pas de pathologie.

L'emploi apparaît comme une solution mais il s'agit d'une réalité controversée. Un certain nombre de bénéfices pour les personnes ayant une maladie mentale sont attribués à l'emploi rémunéré mais les preuves empiriques de ces bénéfices ne sont pas déterminantes. L'insertion professionnelle n'est pas seulement source de revenus mais apporte des bénéfices pour les PSHP ne se limitant pas seulement au développement de leur compétence dans des tâches professionnelles. (15)

D'un autre côté, des approches statistiques montrent que les taux d'hospitalisation seraient plus élevés durant les dépressions économiques que dans les périodes de plein emploi. De plus, d'autres travaux montrent que le chômage est mauvais pour la santé.

La réintégration sociale doit être réalisée autant que possible dans le milieu ordinaire (sinon cela entretient une forme de discrimination). Cependant, la perspective de travailler dans un milieu ordinaire laisse beaucoup de ces personnes sceptiques. Différents questionnements émergent alors : Le travail est-il possible ? Travailler pourquoi ? Comment ? Différentes attitudes peuvent également s'observer au sein de ces familles : soit une trop grande prudence, soit, inversement, une tendance à anticiper un rétablissement encore fragile.

Pour des PSHP, qui souffrent de leur désinsertion sociale, de leur isolement, de l'absence d'identité ou de rôle social, et parfois de stigmatisation associée à la maladie, la réinsertion professionnelle et la reconnaissance qui atteste de son succès sont un enjeu essentiel et nécessitent le recours à un accompagnement adapté.

Il existe des arguments pour promouvoir l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. L'emploi est un facteur important du rétablissement personnel et social. L'accès à l'emploi est une possibilité et un souhait pour la majorité des PSHP à condition de bénéficier d'un accompagnement approprié et individualisé. Leur souhait de travailler ne doit plus être disqualifié comme projet irréaliste. Le vœu de travailler tend à être sous-estimé ou méconnu quand il n'est pas disqualifié comme rêverie illusoire.(14)

Le droit au travail est stipulé dans l'article 23 de la déclaration universelle des droits de l'homme. Pour les personnes en situation de handicap, ces droits sont réaffirmés par la convention des Nations Unies *relatives aux droits des personnes handicapées*³. Privilégier un accompagnement en milieu

³ Décret n° 2010-356 du 1er avril 2010 portant publication de la convention relative aux droits des personnes handicapées

ordinaire plutôt qu'en milieu protégé est dans l'esprit de la convention de l'ONU susmentionnée et de la loi de 2005 et est reprise dans le rapport Le Houérou (2014)⁴.

5. Bouleversement des techniques d'accompagnement vers le travail

L'emploi devient un objectif important et prioritaire de la réhabilitation avec un déplacement progressif des priorités par rapport à l'approche médicale traditionnelle. En effet, l'insertion professionnelle devient un enjeu essentiel, en tant que composant indispensable de l'inclusion sociale et du rétablissement si l'objectif des pratiques de réhabilitation n'est pas seulement la stabilisation des troubles mais l'inclusion sociale et le rétablissement des PSHP. Exercer un travail reste un des moyens les plus sûrs de progresser dans le rétablissement même si d'autres types d'activité et d'accomplissement de soi existent.

Depuis la loi de 2005, c'est dans ce contexte que se développe en France mais aussi à l'étranger, une diversité de pratiques d'accompagnement à la réinsertion. La réinsertion professionnelle de ce public est devenue, dans le monde anglo-saxon, initialement et principalement, une thématique de recherche majeure. Quelques expérimentations des nouvelles pratiques d'accompagnement ont débuté ces dernières années en France mais peinent toutefois à se développer, faute de financements dédiés de la part des pouvoir publics ou des financeurs de la réinsertion des personnes handicapées.(16)

Beaucoup de résultats se dégagent néanmoins des recherches menées et viennent remettre en question nos pratiques traditionnelles. Ces études s'intéressent plus particulièrement aux facteurs déterminants de la réinsertion professionnelle de ces personnes: il existe énormément de préjugés dans le monde médical comme le fait que la réduction des troubles soit la condition à la reprise d'une activité professionnelle ou que l'évolution symptomatique ne soit que faiblement corrélée aux

⁴ Rapport de la député Annie LE HOUEROU de novembre 2014 : Dynamiser l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire : aménager les postes et accompagner les personnes

capacités de travail mais il apparaît de plus en plus comme une évidence que les performances cognitives, les facteurs personnels et les facteurs liés à l'environnement sont à prendre en compte:

- ✓ Facteurs individuels : facteurs liés au travail (niveau de formation, expérience acquise), facteurs motivationnels et aptitudes relationnelles.
- ✓ Facteurs environnementaux : soutien de l'entourage et qualité de l'accompagnement médico-social.

On tend plus à s'intéresser aux déterminants externes ou environnementaux de l'insertion professionnelle plutôt qu'aux capacités des personnes. Cela atteste d'une évolution des conceptions concernant la notion de handicap.

Une très grande majorité des recherches montre le caractère déterminant des modes et de la qualité de l'accompagnement vers et dans l'emploi et insiste sur le fait que l'environnement, facteur essentiel de réinsertion au travail, tient une place majeure.

La réinsertion est possible pour un grand nombre de cas, voire la majorité des cas, si ces personnes bénéficient d'un soutien approprié dans leur démarche d'insertion professionnelle.

Prenons l'exemple du « Soutien à l'emploi » (supported employment). Ce type de pratique s'est imposé comme le plus efficace. Les études comparatives (randomisées contrôlées) réalisées à ce sujet montrent un taux d'insertion en milieu ordinaire de travail au moins deux fois supérieur à celui obtenu par les pratiques traditionnelles d'aide à l'insertion de ces personnes. Pour le handicap psychique, le modèle IPS (individual placement and support) conçu au début des années 90 par Bob Drake et Deborah Becker s'est imposé comme modèle de référence, car il s'avère un des plus efficaces. Mais, il existe cependant des « variantes » dans la façon de mettre en œuvre ce modèle. Cette constatation a en partie été relevée par Marc Corbière dans son étude comparative de l'implémentation de cette pratique par 23 structures différentes réparties dans les provinces du Canada, sur 52 sites (Corbière, Lanctôt et al, 2010).

Une méta-analyse portant sur le programme IPS montre un taux moyen d'insertion de 60% environ à l'issue d'un suivi de 18 mois en moyenne (alors qu'il n'est que de 24% avec d'autres méthodes).

L'étude réalisée portait sur des patients présentant une maladie mentale sévère dans six pays européens. Elle a démontré que ce ne sont pas les qualités des personnes qui s'avèrent déterminantes pour le succès de l'insertion professionnelle, mais le mode d'accompagnement et la politique mise en œuvre pour leur inclusion dans le monde du travail. On note tout de même que le taux d'insertion en milieu ordinaire varie en réalité considérablement (27% à 78%) selon les contextes et modes de mise en œuvre de ce type de pratique.(5,14) L'application même de ce modèle de référence, les compétences et qualités du conseiller en emploi ou encore sur l'organisation de ces services peuvent être les différentes hypothèses formulées quant à l'explication de cette variation d'efficacité.

Les pratiques traditionnelles de réinsertion qui reposaient sur la progressivité et le réentraînement préalable à l'insertion en milieu de travail (« Train and place », entraîner ou former puis insérer) se retrouvent bousculées et contredites par une autre pratique qui consiste à insérer d'abord puis à former et soutenir dans le cadre d'une activité de travail. (« Place and train ») comme le programme IPS. Avec ce programme, les personnes qui ont accédé à l'emploi ont un meilleur fonctionnement clinique et social, moins de symptômes et moins de handicap à l'issue du suivi. Les données départagent difficilement les deux techniques mais les nouvelles pratiques d'emploi accompagné ont su faire largement la preuve de leur efficacité et progressent dans tous les pays développés y compris en Europe.

La plupart des personnes atteintes de troubles psychiques expriment le souhait de travailler pour vivre comme tout le monde, sans orientation en ESAT ou en entreprise adaptée. Parfois même, elles ne souhaitent pas bénéficier de la RQTH jugée trop stigmatisante.

Des résultats, de plus en plus nombreux à ce jour, vont dans le sens que le travail est un facteur de rétablissement et un moyen d'accès à un véritable statut de citoyen. C'est pour cela que l'accompagnement sur mesure dans l'emploi doit être privilégié. Les nouvelles pratiques d'accompagnement constituent à ce jour un horizon vers lequel il convient de tendre. Dans la démarche d'insertion professionnelle des PSHP, il est primordial, pour aller dans ce sens, de les aider

à obtenir un emploi mais également de les aider à le conserver grâce en partie à un bon accompagnement.

MÉTHODES

1. Population

L'étude a porté sur la consommation de soins de santé des personnes souffrant d'un handicap d'origine psychique travaillant en milieu protégé de travail depuis plus de deux ans.

Ont été exclusivement inclus les travailleurs de l'ESAT des Bords de Loire (49130) également suivis par des professionnels de santé du Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME).

Cet ESAT a été créé en 1992 et propose des activités soit internes soit externes permettant de répondre aux attentes des usagers qui sont de quatre ordres : les espaces verts, la restauration, la sous-traitance industrielle et la sous-traitance horticole. La vocation des ESAT est d'accompagner par le travail et de dispenser des actions de soutien à caractère professionnel ou médico-social requises par l'intéressé. Elles conditionnent pour lui toute activité professionnelle.

Les données recueillies et exploitées ont été extraites de la base du CESAME, fournies par le département d'information médicale (DIM) et s'étalent sur une durée allant de 1994 à 2012. Le DIM gère l'information de santé des patients, y compris les données personnelles dans un centre hospitalier ou dans un établissement privé.

Sur la période étudiée, 117 personnes sont employées par cet ESAT, mais seulement 63 personnes sont suivies en parallèle par des médecins psychiatres ou psychologues exerçant au CESAME. Il s'agit donc d'un échantillon représentant une population restreinte de travailleurs au sein de l'ESAT des Bords de Loire ayant une consommation de soins hétérogène car certaines personnes ont consommé des soins avant leur entrée en ESAT alors que d'autres non. Une fois l'échantillon constitué, les données ont été anonymisées.

47 hommes et 16 femmes avec un âge moyen de 44 ans (maximal de 63 ans et minimal de 23 ans) sont inclus. La répartition de l'âge est hétérogène avec 4 personnes ayant un âge compris entre 20 et 30 ans, 13 entre 30 et 40 ans, 27 entre 40 et 50 ans, 16 entre 50 et 60 ans et 3 personnes ont plus de 60 ans (Tableau I).

Tableau I. Répartition de la population de l'étude par tranche d'âge.

Tranche d'âge (années)	Nombre de personnes
20-30	4
30-40	13
40-50	27
50-60	16
>60	3
	63

2. Mesures

La consommation de soins a été évaluée de manière quantitative sur une période de quatre ans qui correspond aux deux années précédant l'entrée en ESAT et aux deux années qui la suivent permettant ainsi d'explorer les consommations de soins des personnes lorsqu'elles n'ont pas d'emploi (correspondant aux deux années précédant l'entrée en ESAT) avec celles où au contraire elles sont employées (deux années après leur entrée en ESAT).

Cette étude met ainsi en variables le travail en milieu protégé d'un côté et le nombre de recours aux soins de l'autre. Concernant la variable « consommation de soins », elle s'attache à deux domaines distincts qui sont :

- Les prises en charge en ambulatoire (en nombre d'actes) correspondant aux consultations médicales psychiatriques avec ou sans soins psychiques, les participations à des groupes thérapeutiques comme les centres médico psychologique (CMP), les centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), les hôpitaux de jour (HDJ) etc, et,
- Les hospitalisations à temps plein (HTP) dans un service du CESAME (en nombre de jours).

Nous allons nous interroger sur l'existence d'une différence entre la consommation de soins des travailleurs avant et après leur entrée en ESAT.

Avec un premier axe « positif » pour savoir si les personnes qui consommaient des soins avant leur entrée en ESAT en consomment moins ou plus du tout après leur entrée en ESAT et si les patients qui n'en consommaient pas avant leur entrée en ESAT n'en consomment toujours pas après l'inclusion en milieu professionnel. Tout cela nous permettra de mettre en évidence d'éventuels bénéfices associés à une activité professionnelle sur la consommation de soins.

Puis, avec un deuxième axe « négatif » en essayant de voir si les personnes qui consommaient ou non des soins avant leur entrée en ESAT en consomment davantage une fois en milieu protégé professionnel. Cet axe cherche à détecter les détériorations éventuelles associées à l'exercice d'une activité professionnelle.

L'objectif de l'étude est donc de déterminer si le travail a un côté positif sur les personnes en permettant de diminuer la quantité de consommation de soins psychiatriques.

RÉSULTATS

La question que nous allons explorer est : existe-t-il un lien entre le travail et le niveau de consommation de soins ?

Par hypothèse, on posera que l'un des indicateurs les plus robustes de la santé est la consommation de soins spécialisés de psychiatrie.

En ce qui concerne les maladies psychiatriques durables et invalidantes, dont l'exemple princeps est la schizophrénie, les soins dispensés par les secteurs de psychiatrie peuvent aussi bien concerner les prises en charges en ambulatoire que les hospitalisations.

Parmi ces différents types de soins pouvant être délivrés, on va considérer que l'hospitalisation complète est l'indicateur le plus fiable, le plus solide et sur lequel nous allons nous appesantir.

En effet, si l'on se réfère à la pratique, quand une personne est hospitalisée, il est hautement probable que son état psychique se soit nettement dégradé. Elle nécessite des soins plus intensifs et a besoin d'une prise en charge en institution.

Le besoin de soins paraît indispensable et nécessaire pour ces personnes éprouvant des difficultés dans la vie quotidienne et notamment en emploi du fait de la détérioration de leur état de santé.

A contrario, concernant les prises en charges en ambulatoire, il est plus ambigu d'affirmer qu'une dégradation ou une amélioration de la consommation de soins des sujets est significative. Nous pouvons donner les exemples suivants : quand une personne est employée en ESAT, avec un emploi du temps fixe et des horaires définis, il est plus complexe pour cette dernière de se rendre en HDJ ou en CATTP. Le fait de diminuer le nombre de prises en charge en ambulatoire ne signifie donc pas forcément que ces personnes se sont améliorées sur le plan psychique mais tout simplement qu'elles ont une activité professionnelle occupant leurs journées. De plus, les PSHP nécessitent d'avoir un suivi régulier par un spécialiste, que leur état psychique soit stable ou non, car il s'agit tout simplement d'un suivi médical recommandé et qui fait partie des règles médicales de bonnes pratiques. La nécessité de consultations régulières pour les sujets ayant intégrés un ESAT est une condition indispensable pour réaliser une évaluation médico-sociale et éducative au fur et à mesure

de leur avancée dans le monde professionnel. Cela amène doucement à exclure cette variable « prise en charge en ambulatoire » peu significative et se concentrer sur l'hospitalisation complète.

1. Comparaison de la consommation globale de soins avant/après l'ESAT pour la population totale

Sur l'ensemble de la population étudiée (63 personnes) et dans le cas d'une approche classique de test de comparaison de moyenne, nous observons une différence significative sur le nombre de jours d'HTP.

On note qu'en moyenne et au total, cette population consomme 26 jours d'HTP en moins entre les deux années qui ont précédé leur entrée en ESAT et les deux années qui ont suivi ($t=2.4291$, $df=62$, $p\text{-value}= 0.01805$, d de Cohen= 0.3).

22 individus (35% de l'échantillon) voient leur nombre de jours d'hospitalisation diminuer avec en moyenne 99 jours d'HTP en moins en moyenne sur les deux dernières années (Figure 1).

En contrepartie, pour 7 individus (11% de l'échantillon), on observe un nombre de jours d'hospitalisation croître avec une augmentation de 73 jours d'HTP supplémentaires en moyenne sur les deux ans suivant l'inclusion en milieu protégé (Figure 1).

Pour 34 individus (54% de l'échantillon), la situation reste inchangée, avec autant de jours d'hospitalisation en comparant la situation avant et après l'admission en ESAT (Figure 1).

Nombre de personnes (%)

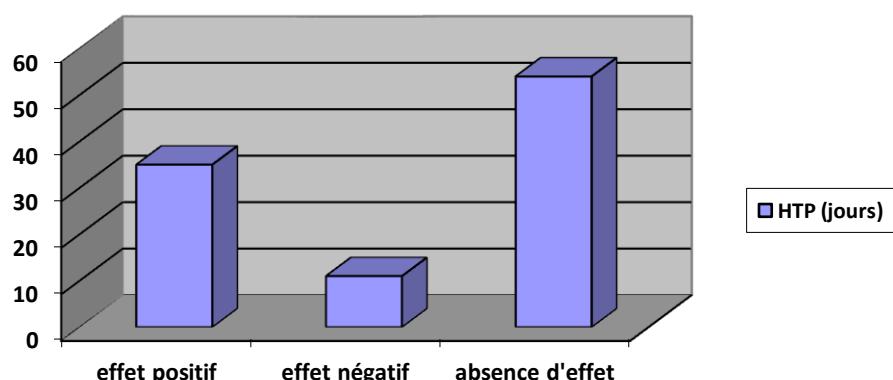


Figure 1. Effet potentiel du travail sur le nombre de jours d'HTP après l'entrée en ESAT de la population totale.

2. Concernant les PSHP ayant eu recours à l'HTP avant l'ESAT

Sur la population des personnes qui, au cours des 4 ans, a été hospitalisée, les résultats sont les suivants :

Avant leur entrée en ESAT et d'après nos données, 24 personnes ont eu recours à des HTP avec 123 jours en moyenne.

Parmi ces 24 personnes, 22 consomment moins de soins hospitaliers après leur entrée en ESAT avec un nombre de 99 jours en moins en moyenne sur les 2 ans suivant l'activité professionnelle (Figure 2). 12 de ces personnes n'ont plus été hospitalisées une fois entrée en ESAT alors qu'elles consommaient 62 jours en moyenne sur les deux ans précédent l'entrée en milieu protégé.

Par contre, 2 en consomment davantage avec un nombre de 172 jours en moyenne en plus sur les 2 dernières années de suivi (Figure 2).

D'après ces résultats, on peut dire que le fait de travailler est contemporain d'une diminution de la consommation de soins des PSHP car 50% ne sont plus hospitalisées.

De plus, pour 92 % des personnes ayant été hospitalisées avant leur entrée en ESAT, leur nombre de jours d'hospitalisation se voit diminué (Figure 2).

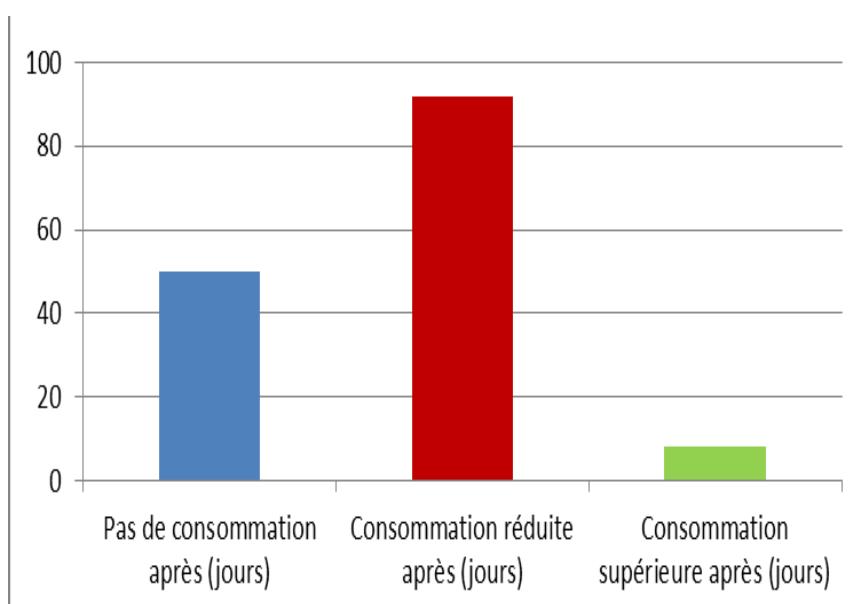


Figure 2. Evolution de la consommation de soins après l'entrée en ESAT des personnes ayant eu recours à l'HTP avant l'ESAT (%).

3. Concernant les PSHP n'ayant pas eu d'HTP avant l'ESAT

En revanche, avant leur entrée en ESAT, 39 patients n'ont jamais eu d'HTP. 34 d'entre elles n'en ont toujours pas eu après l'ESAT et au contraire 5 personnes en ont consommé avec un nombre en plus de 34 jours en moyenne (Figure 3).

Le fait d'exercer un travail semble, une fois de plus, stabiliser l'état de santé des personnes une fois entrées en ESAT car 87% des personnes ont un nombre de jours d'hospitalisation toujours nul dans les deux années suivant l'admission en ESAT.

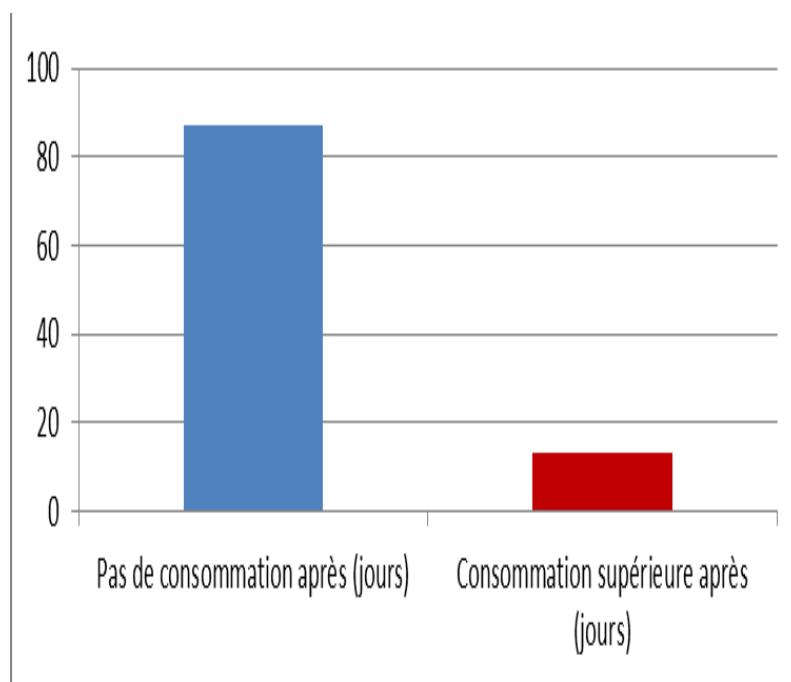


Figure 3. Evolution de la consommation de soins après l'entrée en ESAT des personnes n'ayant pas eu recours à l'HTP avant l'ESAT (%).

On constate une différence significative entre la consommation de soins des deux premières années de suivi et celles des deux dernières années.

4. Faibles et forts consommateurs de soins

Parmi cette population qui a eu recours à l'HTP, on peut distinguer deux sous-populations au regard de leur niveau de consommation de soins hospitaliers. Pour ce faire, il a fallu définir arbitrairement un seuil permettant de classer les patients suivis en deux catégories distinctes. Ce seuil a été fixé à 30 jours d'hospitalisation d'après l'observation de la distribution (Figure 4).

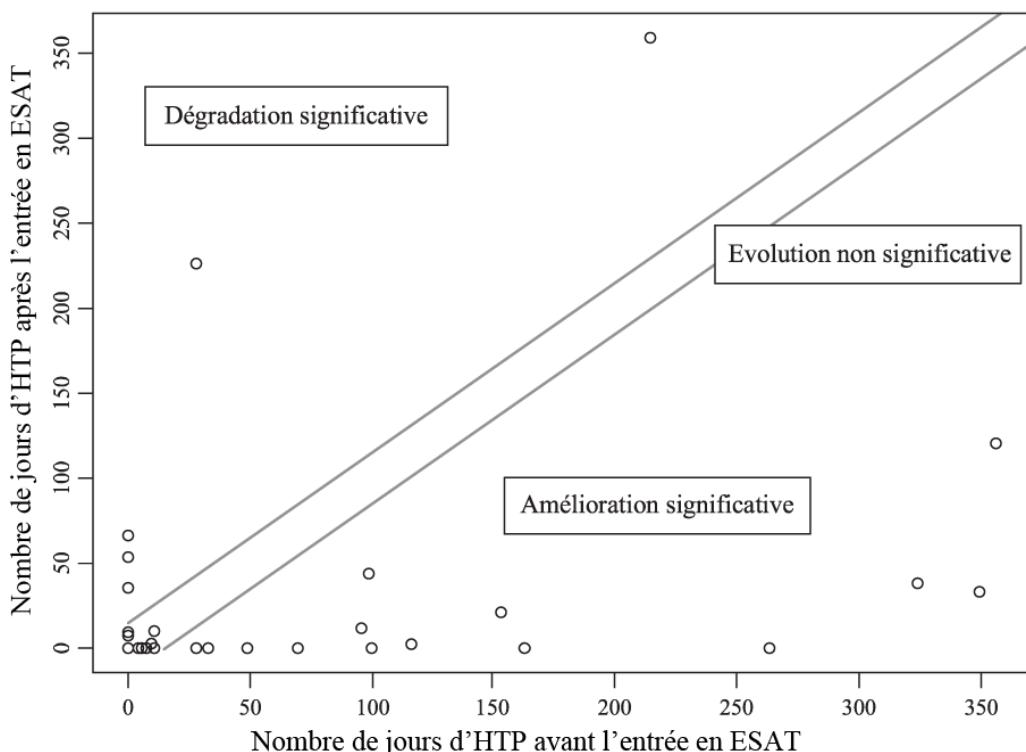


Figure 4. Tendance évolutive de l'état de santé des PSHP.

La majorité des sujets, soit 48, a un nombre de jours d'hospitalisation inférieur à 30 et est classée en tant que « faibles consommateurs » et 15 sujets ont un nombre de jours d'hospitalisation supérieur à 30 et sont considérés comme de « forts consommateurs » (Tableau II).

Tableau II. Evolution de l'état de santé des faibles et forts consommateurs de soins.

	Dégradation significative	Évolution non significative	Amélioration significative	Effectif total
Faible consommation	4	43	1	48
Forte consommation	1	0	14	15

Pour une grande partie des « faibles consommateurs », la consommation de soins est quasi identique à celle d'avant leur entrée en ESAT (43 personnes sur les 48). Ce résultat témoigne de la stabilisation de leur état de santé. L'exercice professionnel ne modifie pas cet état (Tableau II). Au regard de la variable hospitalisation, il était difficile d'envisager qu'elles puissent aller « encore mieux » étant donné que leur consommation de soins était faible de base.

On peut supposer qu'une amélioration concernerait au premier chef les patients qui ont eu un recours significatif à l'HTP. On va donc isoler les « forts consommateurs » de soins.

Pour la quasi-totalité de ces « forts consommateurs », leur consommation de soins se trouve diminuée de façon significative (14 personnes sur les 15 « forts consommateurs »). Il est donc difficile d'imputer au hasard cette diminution.

En moyenne, pour cette sous-population, la consommation est divisée par 4 car elle passe de 173 jours à 42 jours. Et de plus, 71% d'entre eux deviennent des « faibles consommateurs ».

DISCUSSION

1. Résultats observés de l'étude

Cette étude semble montrer qu'exercer une activité professionnelle pour les personnes souffrant de troubles d'origine psychique procure un bénéfice sur la consommation de soins hospitaliers avec une diminution notable du nombre de jours d'HTP.

Pour les « faibles consommateurs » de soins avant leur entrée en ESAT, la consommation de soins reste en moyenne stable pour les deux ans suivants le début de cette activité professionnelle témoignant d'une réelle stabilisation de leur état de santé. Par nature, il paraît plus difficile de diminuer ce qui est déjà faible.

Pour les « forts consommateurs » de soins, presque toutes les personnes voient une amélioration significative de leur état de santé avec une diminution de consommation d'HTP, cette dernière étant divisée par quatre dans les deux dernières années de suivi.

Ces résultats bruts suggèrent ainsi qu'une activité à caractère professionnel agirait positivement sur la consommation de soins de ces personnes. Le travail en ESAT semble donc bénéfique car non seulement il stabilise l'état de santé mais aussi contribue à son amélioration. Ceci nous renforce dans l'idée que le travail conforte et que son accès doit être recommandé et accompagné pour les personnes en situation de handicap.

2. Biais et limites méthodologiques

Ces résultats sont néanmoins à considérer avec une certaine prudence du fait d'importants biais et limites méthodologiques.

a. Absence de groupe témoin

Tout d'abord, les conditions de réalisation de l'étude ne permettaient pas la mise en place d'un groupe témoin. Nous avons étudié des PSHP et suivies en parallèle au CESAME deux ans avant et deux ans après leur insertion au sein de l'ESAT des Bords de Loire afin d'objectiver l'évolution de leur

consommation de soins. Différents éléments eussent été nécessaires afin d'évaluer l'impact d'une activité professionnelle en ESAT. Inclure les sujets de façon prospective, puis, comparer des données quantitatives à des personnes présentant également des troubles psychiques n'ayant pas été inclus en ESAT au cours des quatre ans, avec randomisation lors de l'inclusion eut été plus rigoureux. Mais mener à bien une étude prospective sur quatre ans est long, et comparer à des personnes ne travaillant pas pendant ces années peut être éthiquement critiquable. Des opportunités d'exercer une activité professionnelle pourraient s'offrir à ces personnes « témoins » pendant la période de l'étude mais elles ne pourraient s'en saisir dans l'intérêt de cette dernière. Une étude ultérieure serait possible en confrontant des séries rétrospectives comparables de sujets n'ayant pas travaillé. On pourrait aussi imaginer, sur d'autres thématiques, de comparer deux groupes de sujets ayant travaillé dans deux ESAT différents par leur type d'activité, ou dans un autre type de milieu protégé (de type entreprises adaptées) ou encore en milieu ordinaire.

b. La question du diagnostic et de la nature de la pathologie

Aucun diagnostic précis n'est posé pour les sujets de l'étude. Nous savons que ces derniers sont atteints de troubles d'origine psychique mais nous n'avons choisi de recueillir aucune précision concernant la nature de la pathologie, les symptômes résiduels, les troubles cognitifs, etc. Les troubles psychiques sont variés et leurs manifestations également ce qui confère une très grande variabilité clinique aux personnes en situation de « handicap psychique ».

Les données fournies par le DIM s'étalant de 1994 à 2012, auraient peut-être permis un recueil plus exhaustif. On aurait également pu imaginer des entretiens téléphoniques ou l'envoi d'un questionnaire aux personnes concernées par l'étude pour fournir des éléments complémentaires. Mais ces démarches arrivant *a posteriori* auraient peut-être été incomprises par les usagers.

c. Absence d'information sur les antécédents socio-professionnels

Le caractère rétrospectif de la présente étude induit d'autres limites avec tout particulièrement des imprécisions concernant les données relatives à l'insertion professionnelle et au parcours des personnes. Il se peut tout à fait que les personnes incluses aient déjà travaillé antérieurement pendant

une certaine durée. Nous ne connaissons pas les démarches effectuées pour rechercher un emploi ainsi que les aides possiblement reçues. Les motifs d'arrêts de travail s'ils ont eu lieu, ou encore leur durée, n'ont pas été pris en compte non plus.

Des événements intercurrents ont pu intervenir, aussi bien professionnels que personnels, dans l'intervalle des quatre ans de l'étude et modifier l'influence de l'accès au travail. Un changement de conditions de vie, des difficultés familiales, la maladie, l'évolution de la motivation à retravailler sont par exemple des événements pouvant interférer avec l'influence potentiellement favorable d'une activité professionnelle. Une étude prospective de type suivi de cohorte permettrait d'éviter ces biais à condition qu'elle relève toutes les variations sur les paramètres évoqués. Pour autant, ces variables peuvent être considérées comme neutres pour une population, et les recenser n'aurait pas forcément d'impact sur l'interprétation des résultats, sauf à supposer que ces variables sont liées aux chances d'avoir accès à l'emploi.

d. Taille de l'échantillon

Cette étude concerne une petite population de sujets atteints de troubles d'origine psychique ce qui implique qu'il faut garder une certaine prudence quant à l'interprétation de ces résultats statistiques. Elle exclut les personnes n'ayant pas été suivies par des professionnels de santé appartenant au CESAME mais qui ont pu bénéficier, tout de même, d'autres services de soins ou d'accompagnement différents de ceux proposés par le CESAME. Sur les 117 personnes employées au sein de l'ESAT des Bords de Loire pendant la période donnée, seulement 63 personnes ont bénéficié d'un suivi en parallèle par le CESAME. Les 54 autres individus auraient donc pu bénéficier de soins spécialisés en dehors du CESAME. Mais cette non exhaustivité n'a pas d'impact sur la significativité de l'étude.

Par ailleurs ces personnes sont exclusivement des sujets travaillant au sein de cet ESAT. La question de la représentativité se pose car ces sujets souffrant de troubles psychiques pourraient ne pas être représentatifs de l'ensemble des sujets en situation de handicap psychique sur le territoire Français. Les données du DIM pourraient être comparées à celles obtenues avec d'autres populations de PSHP, ou dans d'autres milieux professionnels.

Des facteurs socio-économiques locaux tels que le taux de chômage, le nombre de places disponibles au sein de l'ESAT des Bords de Loire, le délai de notification de la maison départementale de l'autonomie (MDA) pour l'obtention du statut de « travailleur handicapé », pourraient influencer l'accès à l'insertion en milieu protégé et de ce fait le nombre de patients inclus dans l'étude.

e. Fragilité du résultat

Enfin, cette étude ne nous offre qu'un seul résultat significatif. Ce résultat reste donc assez fragile et devrait être approfondi. Aussi ténu soit-il, il nous semble tout de même démonstratif et spectaculaire. D'autres études seraient nécessaires en intégrant de nouvelles variables ainsi que des données relatives aux personnes étudiées et à leur activité professionnelle.

3. Comparaison avec une étude du DIM

Une étude a été réalisée par le DIM de l'établissement en 2012 en se focalisant sur les troubles schizophréniques. Elle a pour but de déterminer s'il existe, toutes choses égales par ailleurs, une prévisibilité de l'évolution des soins.(17)

Il s'agit d'une étude de cohorte réalisée sur 5 ans (2007 à 2011) chez des patients âgés de plus de 16 ans et présentant, au moins une fois dans leur prise en charge, le diagnostic de troubles schizophréniques. La variable est la consommation de soins d'HTP et la variable « travail » n'y est pas représentée.

La cohorte est importante car elle comprend 1085 patients. 227 n'ont plus été revus en 2011, ce qui réduit finalement l'échantillon à 858 personnes.

D'après les résultats de cette étude, la consommation de soins serait globalement stable sur 5 ans (Figure 5).

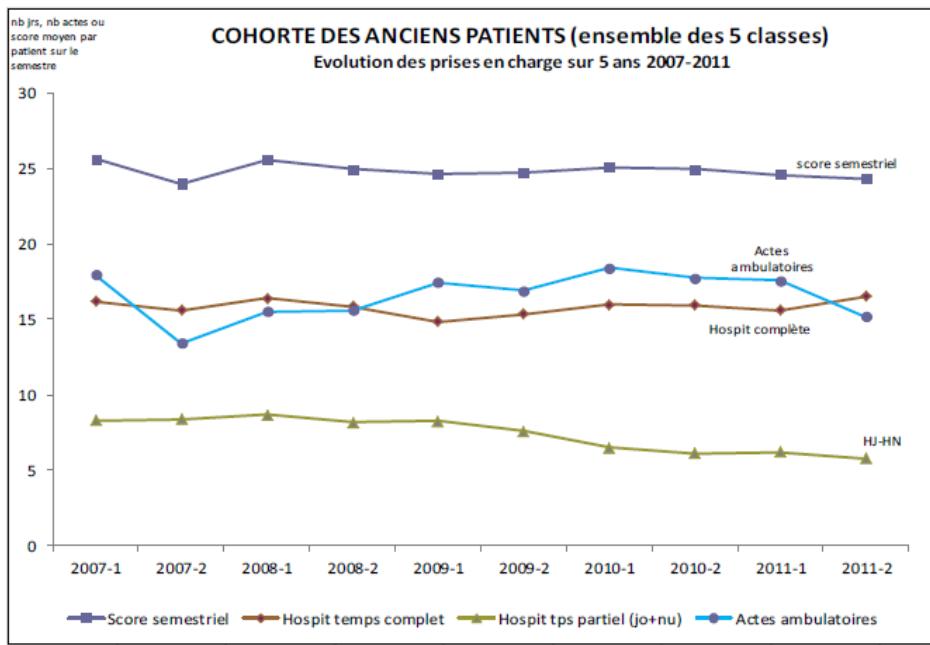


Figure 5. Evolution des prises en charges sur 5 ans (2007-2011).

L'analyse a été affinée en répartissant les patients en cinq classes reflétant une intensité de prise en charge à un moment donné, avec comme point de départ l'année 2007.

Ce score va de 0 à 365 et correspond aux nombres de jours d'HTP et/ou aux nombres d'actes à un moment donné (Tableau III).

Tableau III. Intensité de prise en charge à un moment donné.

Classes	Score
1	Inférieur ou égal à 1,5
2	De 1,5 à 10 inclus
3	De 10 à 50 inclus
4	De 50 à 200 inclus
5	De 200 à 365 inclus

Les patients de la classe 1 et 2, c'est-à-dire qui ont des prises en charges plus légères en 2007, ont dans les cinq années des prises en charges de plus en plus importantes, en hospitalisation

notamment. Mais les patients des classes 4 et 5, qui ont eu des prises en charges les plus lourdes en 2007, ont une intensité d'hospitalisation qui décroît au fil du temps (Figures 6 et 7).

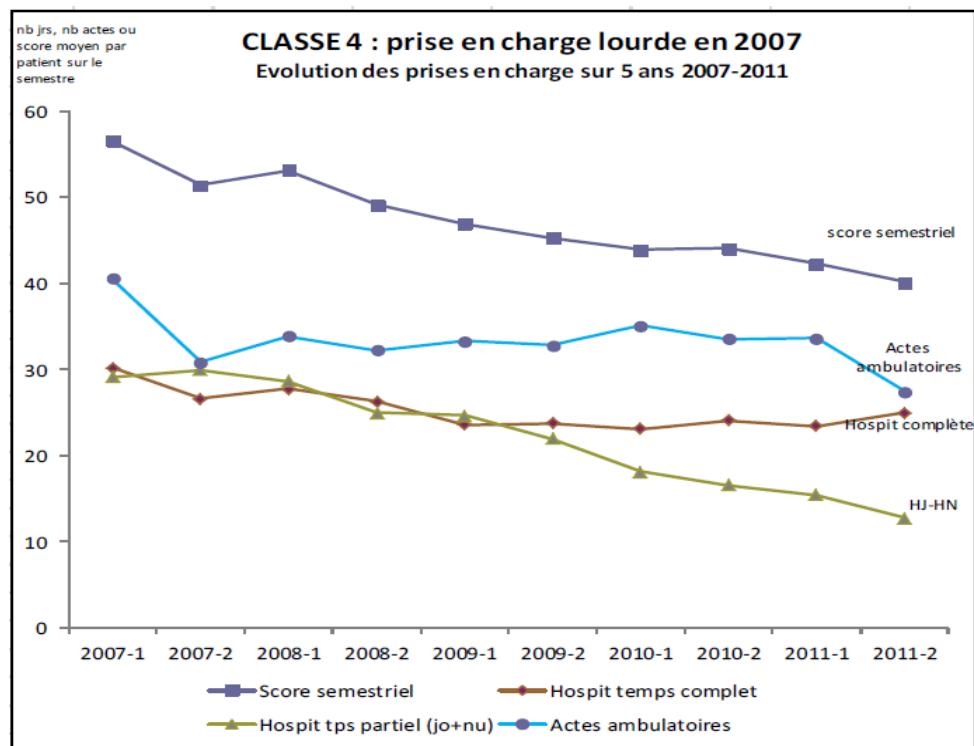


Figure 6. Evolution des prises en charges sur 5 ans pour la classe 4.

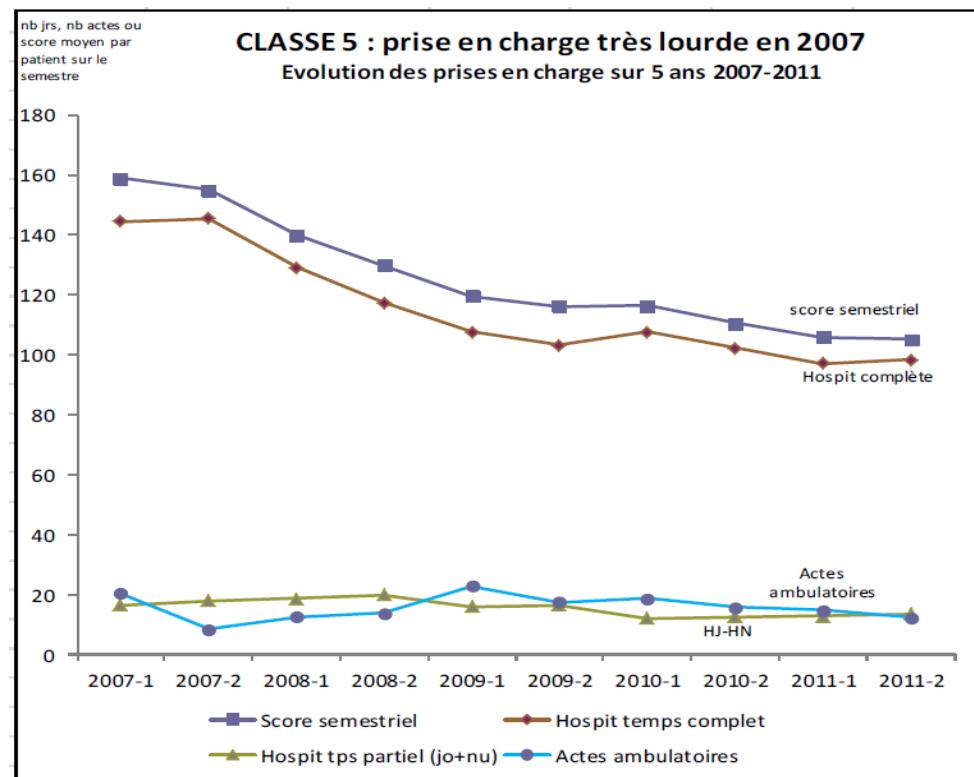


Figure 7. Evolution des prises en charges sur 5 ans pour la classe 5.

Qu'il s'agisse de troubles nouvellement ou anciennement pris en charge, il n'existe pas de tendance évolutive. Il y a au fil des ans des périodes alternatives de soins intensifs et de soins plus allégés pour les deux groupes de patients.

Cette étude montre donc, sur une population globale, qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux premières années d'une séquence de cinq ans et les deux dernières. Autrement dit, leur consommation d'HTP est stable, et ne diminue pas au fil de la prise en charge, si l'on ne distingue pas de sous populations. En revanche, on note une tendance à une amélioration modérée pour la sous population des patients consommant fortement des soins hospitaliers dans les deux premières années de suivi. Cette amélioration est toutefois loin d'être aussi importante que celle que nous avons constatée dans notre étude.

Les cohortes de cette étude et de celle qui a fait l'objet de notre travail ne sont pas forcément comparables car l'effectif de personnes au sein des échantillons est différent, les âges ne sont pas les mêmes, le niveau professionnel non plus et la période de suivi des patients est différente. Mais ces deux résultats incitent néanmoins à vérifier par une étude plus rigoureuse et plus approfondie cette hypothèse d'un impact du travail sur la consommation de soins et donc la santé.

Comparer les résultats à ceux d'un groupe témoin présentant les mêmes caractéristiques cliniques et sociodémographiques n'ayant eu aucune activité professionnelle sur quatre ans pour ainsi explorer plus finement l'évolution de la consommation de soins paraîtrait judicieux.

4. Le travail : le point de vue de la population générale et des PSHP

a. Notion de travail : représentations et effets

Travailler représente une « norme » et occupe une place capitale dans notre société. Exercer un emploi relève en partie de l'ordre moral car c'est jugé nécessaire au regard de notre communauté. Le travail intègre différentes valeurs ou croyances, morales, existentielles et sociales. Ces valeurs sont abordées différemment selon les catégories de population.

Avoir un emploi apporte une rémunération à l'individu et parfois même d'autres avantages financiers. C'est également un moyen pour la personne de se réaliser, de développer ses capacités, de s'intégrer dans la société et d'obtenir une reconnaissance sociale, une identité individuelle et collective.(18)

Le travail est notamment une « norme sociale » : il s'inscrit dans l'élaboration de l'identité de la personne, fait référence à ses liens identitaires, liens qui se sont créés au cours de son développement et renvoie aux figures majeures qu'elle a rencontrées dans son univers familial, amical et social. Travailler procure un statut social, c'est le point marquant d'une reconnaissance sociale qui conduit à une certaine autonomie.

A travers les âges, la notion de travail a connu de nombreux changements et est devenu un vecteur d'accomplissement personnel. En dépit de ces évolutions, la valeur travail reste encore une valeur pérenne.(18)

Des modifications ont affecté le monde du travail (intensification des rythmes, précarisation, automatisation, dématérialisation) avec en parallèle une augmentation des problèmes psychiques de la population. Une concurrence acharnée de plus en plus présente et marquée, des performances professionnelles plus pointues, de grandes attentes de la part des employeurs avec un seuil d'exigences élevé -exigences qu'une PSHP n'est pas toujours à même de satisfaire pleinement- sont de grandes évolutions à mentionner.

Le travail peut être le révélateur de la maladie et des incapacités et ainsi être à l'origine de problèmes de santé mentale. Le fait d'être confronté à ce qu'il est possible de faire ou non, à la disqualification ou encore le rythme de travail, la fatigue, les relations font que le travail devient révélateur d'un processus de fragilisation. L'accès au travail est potentiellement source d'angoisses pour la PSHP. Cela peut entraîner des attitudes de fuite, un repli sur les bénéfices secondaires de la maladie, un retour des attitudes morbides et pathologiques.(19)

Pour les personnes malades, il peut au contraire être facteur de normalisation et signer une amélioration de leur état de santé. C'est un signe que la maladie est stabilisée, contrôlée ou mise à distance. En effet, il procure un statut, des ressources, une autonomie, une utilité sociale et renforce

ainsi le sentiment d'identité professionnelle et d'inclusion sociale. Il restaure l'image de soi, procure diverses occasions d'avoir des relations sociales, de sortir de chez soi, etc. L'acquisition d'une identité et d'une reconnaissance sociale contribuent, en partie, au rétablissement.(14,20)

Le travail offre également des opportunités de contacts sociaux, en dehors de la sphère familiale, permettant de développer éventuellement des liens amicaux et de sortir de l'isolement.

b. Conséquences de la perte ou l'absence d'emploi

Au sein de la population générale, le chômage apparaît comme un véritable fléau. Le taux de chômage en 2016 est environ de 10% avec 2,8 millions de personnes touchées, toutes tranches d'âge comprises, mais tout particulièrement les jeunes. Parmi ces chômeurs, quasiment la moitié déclare chercher un emploi depuis au moins un an.(21)

L'exclusion du monde du travail est à rapporter à une causalité circulaire, associant deux mécanismes, la causalité et la sélection. La causalité instaure un lien direct entre le chômage et la dépréciation de la santé (physique ou mentale) alors que la sélection rend compte d'une interaction entre santé mentale détériorée et effets du chômage. Une santé dégradée augmente les risques de rencontrer le chômage et rend plus improbable le retour à l'emploi. Le chômage renforce la détérioration de la santé et devient son propre facteur de pérennisation. L'absence ou le manque de travail peut conduire à un déficit narcissique, une mésestime de soi préjudiciable à l'équilibre psychologique de la personne.(19)

La perte d'un travail a des conséquences inévitables qui s'alimentent mutuellement : perte de revenu, sentiment d'inutilité et de disqualification, etc. Le changement de rythme de vie, la réduction des contacts sociaux et des formes de solidarités quotidiennes conduisent potentiellement à un isolement progressif. Le chômage exerce des effets délétères sur la santé mentale et physique. (22)

Concernant l'effet du revenu, il s'observe à différents niveaux. Une chute de celui-ci, une baisse de la qualité de la couverture des soins et une hausse de leur coût tendent à réduire leur accès, la conséquence directe étant donc le renoncement à certains de ces soins. Les chômeurs ont moins recours à la médecine de ville mais leurs dépenses d'hospitalisation seraient supérieures.

Une autre notion est à prendre en compte : le lien entre catégorie socio- professionnelle et consommation de soins est établi. Des cadres et professions supérieures seront davantage dans une logique de prévention conduisant à consulter pour des problèmes de santé moins graves entraînant donc moins d'hospitalisations, contrairement aux ouvriers non qualifiés qui seraient plus dans une logique curative d'emblée, faute de moyens, matériels, ou culturels.

Une baisse des revenus entraîne, au surplus, du stress et de ce fait une augmentation des troubles dépressifs. Les personnes en situation de chômage ont une perception détériorée de leur propre état de santé et souffrent d'une plus grande dépressivité. Une étude de Blasco et Brodaty montre que les hommes sont plus sensibles aux effets dépressifs du chômage comparativement aux femmes et pour tous, qu'il y a un risque majeur de dégradation de leur état de santé mentale. Les chômeurs déclarent donc plus d'épisodes dépressifs entraînant une surconsommation de traitements psychotropes.

Les personnes sans emploi déclarent davantage souffrir et être suivies pour une maladie chronique que celles en activité. Cette inactivité devient délétère sur le plan des affections somatiques ainsi que sur le plan de la santé mentale avec l'apparition d'une baisse de l'estime de soi, d'angoisses, de troubles du sommeil, etc. Dans les cinq ans qui suivent la perte d'un emploi, le risque annuel de décès du chômeur est d'environ trois fois celui d'un actif occupé tandis qu'il est d'environ le double pour les femmes.

Une longue période de chômage peut entraîner une démotivation puis une disparition des structures temporelles, une rupture des relations sociales et une perte de toutes perspectives d'avenir.

Les liens entre le travail et la santé sont difficilement saisissables dans la mesure où, rappelle Dominique Lhuilier, ces liens sont « multifactoriels, résistant à une attribution causale univoque, en interaction avec la vie hors travail, aux effets souvent différés dans le temps, compliqués encore par l'intervention de mécanismes de sélection formelle ou informelle qui ne retiennent au poste de travail que si la santé le permet » (Lhuilier, 2010). Il est nécessaire d'adopter une approche globale en prenant en compte toutes les dimensions de la personne atteinte.

Les PSHP, plus vulnérables, ne disposent pas des meilleurs atouts sur le marché du travail. Il est alors nécessaire, face aux nombreux effets délétères de l'inactivité professionnelle, de les aider en mettant en place des dispositifs spécifiques susceptibles de participer à leur maintien ou retour en emploi, tout en gardant comme objectif que l'amélioration des pratiques d'aide et de soutien à la réinsertion professionnelle doit reposer sur la reconnaissance que l'insertion visée en milieu ordinaire de travail est possible dans la majorité des cas.(14)

c. La problématique du retour en emploi des PSHP

Les conceptions dominantes de la société concernant les PSHP remettent en cause la notion du travail comme une obligation sociale car des stéréotypes et des freins de la part de la communauté et des employeurs existent. L'une des spécificités du handicap psychique est la stigmatisation des personnes concernées. Le stigmate marque une différence entre ceux qui se disent « normaux » et « les hommes qui ne le sont pas tout à fait », ou du moins ne sont pas acceptés comme tels. La conséquence la plus invalidante est l'exclusion dont est victime le porteur d'un stigmate.(23)

Du fait de cette stigmatisation et de l'image péjorative existante, notre communauté aura d'autant plus de difficultés à entendre que l'on puisse donner une voie prioritaire aux PSHP alors qu'un grand nombre de personnes appartenant à la population générale cherchent du travail.

Pour la majorité des PSHP, travailler est une préoccupation mais aussi un souhait exprimé. Mais si l'on suit cette notion de travail comme « obligation sociale », remettre en emploi une personne qui ne serait pas prête induirait probablement une perte de chances. On ne devrait pas reprocher à quelqu'un de ne pas travailler sans prendre en compte différentes notions et différents facteurs. Un sujet souffrant de troubles psychiques peut avoir de bonnes raisons de ne pas travailler. Dire à ces personnes qu'il faut absolument travailler est-il juste et éthique ? Le travail est un appoint qui peut éventuellement favoriser l'insertion sociale mais il est important de ne pas en faire un absolu de l'insertion professionnelle.(19)

Des notions contradictoires émaillent donc notre quotidien et sont, pour la plupart d'entre elles, non fondées.

5. Le handicap psychique

a. Quelques chiffres

Les troubles psychiques génèrent le plus souvent des troubles du comportement ainsi que des troubles affectifs perturbant l'adaptation sociale des personnes touchées. Les modalités d'expression du handicap psychique compliquent les relations à l'autre et par conséquent l'insertion sociale.

Environ 600.000 personnes seraient en situation de handicap d'origine psychique, en France, selon les données disponibles, ce qui représente un lourd poids médico socio-économique. 16% des personnes en situation de handicap relèvent du handicap psychique. Selon l'OMS, ces maladies affectant la personnalité et la vie relationnelle touchent une personne sur quatre dans le monde à une période de sa vie. Les troubles psychiques sont à l'origine d'environ 20% des motifs de consultation de la clientèle des médecins généralistes. 30% des français sont concernés par un problème grave de santé mentale à un moment de leur vie. 2 à 3% de la population est touchée par des troubles psychotiques, 1% par la schizophrénie, 8% par la dépression, 14% par l'anxiété généralisée. 1,4 million d'adultes sont suivis par la psychiatrie publique, principalement en soins ambulatoires. (24)

L'OMS estime qu'en 2020, un tiers de la population française sera touchée au moins une fois au cours de son existence par des troubles d'origine psychique. Les troubles psychiques sévères induisant un handicap psychique se situent au troisième rang des maladies les plus fréquentes en France après le cancer et les maladies cardiovasculaires. (25)

b. Caractéristiques et conséquences du handicap psychique

Les pathologies en cause dans le processus d'émergence de la situation de handicap psychique se manifestent par un déficit fonctionnel durable ou épisodique avec des périodes de rémissions, avec ou sans altération des facultés mentales. Les manifestations sont variables dans le temps et la notion de soin est, de ce fait, nécessairement impliquée.

Les conséquences au quotidien peuvent se traduire par :

- Des troubles de la mémoire et de la concentration qui entraînent des difficultés d'apprentissage, des difficultés à suivre une conversation,

- Des attitudes et des comportements inadaptés dans la vie quotidienne dus à une mauvaise interprétation du message venant de l'extérieur. Une fatigue, des troubles du sommeil ou de la somnolence peuvent encore se rencontrer,
- Une incompréhension de l'entourage ignorant de la pathologie qui développe chez la personne présentant des troubles psychiques une certaine irritabilité, voire une agressivité. Cela accentue le phénomène d'indifférence et de rejet de la société,
- Un discours ambivalent et/ou discordant,
- Des variations importantes du comportement, etc.(26)

c. Travail et handicap psychique

Avant de penser « travail », il faut au préalable une stabilisation de l'état de santé. Le handicap psychique n'est pas figé, il est fluctuant donc cette stabilisation passe en partie par un bon suivi médical, la prise régulière de traitement et un soutien social. Confrontées à leurs propres limites, beaucoup de PSHP n'auront jamais accès au monde du travail, même protégé. Les incapacités sociales qui provoquent ce handicap affectent directement leur autonomie et leurs capacités à faire valoir leurs droits.(27)

En situation de travail, d'autres éléments sont observés, avec par exemple, les effets indésirables des traitements qui peuvent interférer sur les déplacements des personnes d'où la nécessité d'être extrêmement vigilant quant à la prescription médicamenteuse. On peut également retrouver une lenteur dans l'exécution des tâches, une peur d'effectuer certains gestes, une incapacité à agir dans des moments stressants, une répétition incontrôlée de certains gestes techniques ou encore des difficultés d'attention, d'organisation et de mémorisation. Toutes ces répercussions incitent à être attentif. La communication peut, elle aussi, devenir problématique pour ces personnes et le monde environnant s'assimile à une véritable « jungle ». L'organisation et la structuration peuvent poser problème dans la mesure où l'atteinte psychique entame la mémoire à court ou moyen terme.

La nature même du handicap psychique complique les relations à autrui et par conséquent les modalités d'accès à l'insertion sociale et professionnelle. Il faut décoder toutes les difficultés

rencontrées dans les actes de la vie sociale et professionnelle afin de trouver les adaptations, si elles existent, sans pour autant compliquer davantage la vie de la personne malade, et les mettre en place. Malgré tout cela, des progrès, et notamment médicamenteux, leur permettent de plus en plus d'avoir une vie professionnelle convenable avec des adaptations et des aménagements de poste qui sont tout de même souhaitables et souvent inévitables.(26)

Le travail constitue, pour les personnes en situation de handicap psychique, un facteur important de rétablissement et d'insertion sociale. Il peut :

- Améliorer l'estime de soi,
- Aider à organiser son temps et à vivre au même rythme que les citoyens normaux,
- Apporter un sentiment d'accomplissement,
- Permettre de développer le réseau social,
- Augmenter le pouvoir de consommation et,
- Renforcer une identité socioprofessionnelle.

Des perspectives d'évolution de carrière ont été étudiées et les personnes atteintes d'un handicap évoluent moins rapidement que les salariés non atteints. Elles se heurtent à un « plafond de verre » et à un décalage de rémunération.

Statistiquement, les personnes handicapées sont moins bien rémunérées que les personnes bien portantes. Plusieurs hypothèses à cela : soit l'entreprise éprouve des difficultés à faire évoluer ces personnes de la même manière, soit la personne avance moins de revendications, soit elle est moins diplômée. Les enjeux de l'avenir pour les entreprises sont en partie d'assurer la durabilité et la pérennité de l'emploi des personnes handicapées avec la garantie de la même évolution de carrière que les personnes non handicapées.

En contraste, le plus souvent, les PSHP sont plus diplômées que la population handicapée en général et que la population active globale. De plus, elles sont plus diplômées que la moyenne des personnes handicapées. Le handicap psychique n'affecte en effet pas les facultés intellectuelles, ces pathologies

se déclarant le plus souvent à l'âge adulte sans entraver la scolarité et l'acquisition des compétences.

Les symptômes n'handicapent pas systématiquement ces personnes.(28,29)

Il serait souhaitable de donner les moyens à ces dernières d'aller vers le choix professionnel qui leur convient et pas celui qu'on leur imposerait. A un type de handicap ne correspond pas forcément un type de poste. 4% des personnes handicapées sont diplômées de grandes écoles et 15% des situations nécessitent un aménagement de poste.(30)

En emploi, les troubles psychiques représentent la première cause de mise en invalidité, d'arrêt maladie de longue durée, et la deuxième d'arrêt de travail. Moins de 16% des PSHP ont une activité professionnelle dont la moitié en milieu protégé même s'il est établi que de nombreuses pathologies mentales sont présentes en entreprise sans être déclarées. 50% des PSHP pourraient travailler.

Les PSHP sont plus particulièrement sensibles aux bénéfices apportés par l'emploi, ce qui sous-tend en grande partie leur motivation, parfois plus que les revenus attendus de leur travail, notamment quand l'écart est faible entre les revenus garantis par la pension et les aides sociales, et ceux assurés par le travail, qui ne sont généralement pas cumulables avec la pension, et lorsque l'emploi est peu qualifié, comme c'est souvent le cas.(31)

On trouve dans un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS 2011) la notion que de 9.000 à 30.000 PSHP seraient en demande d'emploi ou concernées par des démarches d'insertion professionnelle.(32) Ce chiffre est certainement fortement sous-estimé puisqu'il est communément admis que 50% des PSHP chroniques et invalidants, et en âge de travailler le souhaiteraient et le pourraient. Selon le même rapport, 8% des personnes handicapées psychiques seraient accueillies par Cap emploi mais moins de 5% feraient l'objet d'un placement dans l'emploi. Le taux de chômage des travailleurs handicapés s'élevait en 2011 à 21% (toutes situations de handicap confondues) contre 9% en moyenne sur l'ensemble de la population en âge de travailler. Les personnes handicapées psychiques sont les plus touchées.

5% des PSHP sont en situation de grande exclusion. Sur les 80.000 à 100.000 sans-abri en France, de 30 à 50% présenteraient des troubles psychiatriques sévères. Le nombre de patients stabilisés

mais maintenus en hôpital psychiatrique faute de solutions d'accueil serait compris entre 13.000 et 15.000.(24)

Malgré la mise en place de mesures incitatives à l'embauche depuis la loi du 11 février 2005⁵, de nombreuses difficultés d'accès au marché de l'emploi existent et persistent.

La loi oblige les entreprises de plus de vingt salariés à employer 6% de travailleurs handicapés dans le privé ou dans le public. Différentes modalités sont prévues pour appliquer cette loi : soit le versement d'une contribution dite « volontaire » à l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph), soit l'emploi direct de 6% de personnes handicapées, soit la signature d'un accord avec les partenaires sociaux, soit la signature d'une convention avec l'Agefiph pour le privé ou le Fond pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (Fiphfp) pour le public.

Depuis le 1^{er} janvier 2010, les établissements non accessibles sont pénalisés financièrement. Les employeurs ne peuvent prendre en compte que les personnes handicapées ayant une reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés.(30)

Malgré cette loi, les employeurs préfèrent souvent opter pour l'aménagement du poste comme élargir une porte pour un fauteuil roulant par exemple. Il est plus facile et moins couteux de réinsérer des personnes atteintes d'autres formes de handicap. Or ici, c'est l'organisation du travail qui est en cause, les PSHP étant plus sensibles au stress et à la tension environnante. L'intégration professionnelle d'une personne en situation de handicap physique ou sensoriel passe par une adaptation du poste de travail alors que l'intégration d'un handicap psychique passe par l'adaptation de l'employeur, du manager et des collègues.(29)

⁵ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

d. La divulgation du handicap est controversée

Depuis 1975, une évolution marquante s'est opérée dans ce domaine avec le phénomène de « désinstitutionnalisation » où l'hôpital n'est plus le seul lieu de traitement des PSHP. Avec la sectorisation, les patients peuvent être pris en charge en ambulatoire, au travers de multiples structures et leurs conditions de vie se rapprochent de celle de la population générale.(33) Il reste quand même difficile d'endosser le statut d'handicapé.(7)

La RQTH est l'objet d'une délicate problématique. Délicate car il peut y avoir la présence d'une phase de déni plus ou moins longue durant laquelle les PSHP n'envisagent pas de demander la RQTH et si ces personnes l'ont, elles craignent alors la stigmatisation. Cette dernière entraîne des discriminations et des obstacles à la réinsertion et l'acceptation de ces personnes au sein de la société. Elle majore le repli sur soi et l'isolement social survient.

Il est crucial de retenir que du point de vue des personnes malades, ce n'est pas cette reconnaissance qui stigmatise mais leurs troubles. Un certain nombre de PSHP ne souhaitent pas obtenir la reconnaissance ou certains ne souhaitent pas la communiquer à l'entreprise.

Les PSHP peuvent avoir de multiples raisons de ne pas divulguer leur trouble pouvant être liées à l'anticipation des conséquences positives (mesures d'accompagnement) ou négatives (stigmate social). Elles craignent de perdre leur crédibilité professionnelle, voire leur emploi.

Les inquiétudes des employeurs, les nombreux préjugés ainsi que le risque d'être mis à l'écart amènent les PSHP à cacher leur situation. 350.000 sont reconnus travailleurs handicapés (tout handicaps confondus) selon l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et la plupart travaillent en milieu protégé.

Or de la connaissance par l'employeur de la situation de handicap dépend l'aménagement du poste, lequel permet le maintien ou l'accès en emploi. La RQTH permet d'avoir des aides telles que l'allocation adulte handicapé, des formations, des aménagements de poste entre autres mais aussi d'investir des rôles sociaux. Le handicap peut être ici envisagé comme une ressource. Il s'agit du

seul moyen d'obtenir des aides et des aménagements sur le poste de travail, qui peut aussi donner accès à des contrats aidés. La raison principale poussant à la divulgation, complète ou sélective, est l'obtention de mesures d'accommodement de travail, ce qui maintient une sorte de cercle vicieux. Le plus souvent, la personne va révéler sa pathologie quand elle se trouve dans un contexte de difficulté ou à risque de le devenir.(34)

Un tiers des dossiers RQTH concerneaient les troubles psychiques.

Le pivot de la demande de cette reconnaissance est le médecin du travail de l'entreprise : il est préférable de se référer à lui pour faire état ou non de sa RQTH car il connaît la politique de l'employeur. Ce dialogue relève d'un rapport de confiance.(35)

6. Difficultés soulevées et réponses proposées

a. Résistances dans le monde du travail

La situation de handicap psychique n'est pas définitive. Elle sort aujourd'hui de ces différentes formes d'enfermement pour s'ouvrir à la société. Si le sujet semble d'actualité, l'insertion sociale et professionnelle des PSHP elle, ne l'est pas encore tout à fait.(36)

Depuis la loi de 2005 qui renforce l'obligation d'employer 6% de personnes handicapées, on note une évolution. Aujourd'hui 58% des entreprises ont employé directement un travailleur handicapé, pourcentage en légère amélioration certes, mais insuffisant.

Dépression, angoisse, anxiété, les entreprises gèrent déjà des salariés atteints de troubles psychiques, qui sont une cause importante d'arrêts-maladies. Ces arrêts constituent une « pause » indispensable pour ces personnes afin de se remettre en état mais cela engendre des problèmes dans le long terme.

La réinsertion professionnelle des PSHP est un parcours parsemé d'obstacles. Une enquête a été réalisée sur 750 petites et moyennes entreprises (Baer et al.) sur leur volonté d'engager des personnes handicapées. La conclusion évidente est que l'un des barrages à la réinsertion est la stigmatisation ainsi que le stress causé par l'attente de l'employeur. Ces entreprises seraient

davantage engagées dans ce processus si elles bénéficiaient de plus d'aides et de soutien. Ce sont les personnes en situation de handicap psychique qui pâtissent le plus du manque d'offre de soutien. D'autres obstacles existent comme l'auto stigmatisation et les craintes nourries par les entreprises vis à vis des PSHP d'où la réelle nécessité de programmes adaptés et spécifiques pour ces personnes. Il faut trouver le bon parcours de soins, le bon accompagnement pour qu'un retour et maintien au travail soit possible.

Dans le monde du travail, le handicap psychique est un véritable tabou et les mentalités peinent à évoluer. Il y a beaucoup de freins au sein des entreprises et les préjugés sont nombreux car les pathologies sont mal connues. Les freins majeurs pour ces personnes et/ou pour l'employeur peuvent être la faible autonomie, le manque de polyvalence, le fort taux d'absentéisme, les difficultés d'intégration dans l'équipe, etc. La présence d'un salarié souffrant de troubles psychiques génère parfois des inquiétudes auprès des professionnels, craignant l'imprévisibilité du trouble.(37) Le caractère imprévisible inquiète les recruteurs et le handicap psychique fait peur. C'est l'une des raisons pour laquelle la grande majorité des handicapés psychiques sont inactifs.

Mais certaines expressions de la maladie peuvent être des atouts pour les entreprises. Par exemple des personnes souffrant de troubles de l'humeur ont souvent une grande force de travail et une créativité méconnue.

La stigmatisation et les stéréotypes discriminatoires nourris par les médias souvent importants sont de véritables freins pour les PSHP générant ainsi des incompréhensions, des exclusions, des rejets voire un isolement. Et plus encore, la stigmatisation peut être un facteur favorisant le suicide de la personne concernée.

Les stéréotypes les plus répandus sont : pour 75% des français, un malade psychique est une personne dangereuse. Plus d'une personne sur deux est gênée à l'idée de partager son toit avec un individu affecté par un handicap psychique. Un tiers des français est incommodé à l'idée de travailler dans la même équipe et de partager des repas avec des PSHP. La réalité est tout autre: les PSHP ne commettent pas davantage de crimes ou délits que la population générale quand elles évoluent dans

le même contexte relationnel et social, et il n'y a pas de corrélation entre le diagnostic et un passage à l'acte violent, même si certains facteurs favorisant (abus de substances, sexe masculin, âge, etc.) peuvent également agir sur la fréquence des passages à l'acte.(25) En milieu de travail, lorsque les personnes ne vont pas bien, elles ont plutôt tendance à s'isoler et à s'absenter.

Les principaux freins à l'emploi des PSHP sont la méconnaissance du handicap, le manque de formation et la difficulté pour l'entreprise de prendre en compte ces personnes dans son organisation.

Si les troubles sont quasiment stabilisés, la vie sociale et professionnelle ne s'en trouvera pas atteinte. Ces déséquilibres ne sont pas figés et les symptômes ne sont que très rarement spectaculaires. Le délire et les comportements violents sont exceptionnels. Tout cela indique que les aménagements de postes pour ces personnes sont tout à fait envisageables.(29)

Les symptômes sont variables avec le temps donc ce dernier est l'une des clés de l'insertion professionnelle : celui de la reconstruction, celui de l'élaboration du projet professionnel. La spécificité du parcours d'une PSHP fait appel de façon itérative ou concomitante aux soins et à l'accompagnement social et médico-social. Une forte coordination entre les professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux est attendue. Les PSHP ne formulent pas toujours une demande de soins et/ou d'accompagnement parce qu'elles peuvent être dans le déni, ou bien encore craindre la stigmatisation. L'enjeu d'un accompagnement adapté est une meilleure autonomie et une inclusion sociale pleine et entière des PSHP.

L'idée que ces personnes ne peuvent s'adapter au monde du travail ou que le monde du travail ne peut d'adapter à elles demeure dominante car le parcours de ces personnes reste guidé majoritairement par le soin, indispensable, et la tendance à la surprotection.

La loi n'a donc pas pleinement rempli ses objectifs, c'est-à-dire au sens d'un monde du travail totalement inclusif et capable de prendre en compte les besoins spécifiques des personnes handicapées malgré le fait qu'elle donne aux entreprises les moyens d'atteindre l'égalité.

Rompre avec ces préjugés tenaces est donc un impératif de société.

b. Sensibilisation de la population pour combattre les préjugés

Les entreprises restent démunies et les PSHP manquent de dispositifs simples et rapides sur lesquels elles pourraient s'appuyer. Les solutions possibles à développer seraient de s'inspirer du monde anglo-saxon avec les jobs coach, introduire le tutorat et aménager les horaires et l'organisation du poste de travail. La variabilité des troubles psychiques impose des aménagements de poste et un accompagnement à la fois de la personne et de l'équipe de travail. En France, quelques dispositifs s'inspirent déjà du Job Coaching mais sont exclusivement développés par le secteur associatif médico-social.

De manière plus générale, la France est dans une moyenne au niveau Européen en matière d'emplois des personnes handicapées. Néanmoins, certains pays n'ont pas de quotas ce qui complexifie les choses en matière de comparaison.

Pour faire pièce à l'évitement de ces personnes, voire à leur rejet, il est recommandé d'adapter tout le collectif de travail en rassurant avec des explications sur les situations pouvant poser problèmes (stress, conflits, etc.) mais aussi en insistant sur le fait que la personne a les compétences requises et qu'elle est reconnue comme étant apte à travailler.

Une certaine souplesse, du temps et de l'engagement de la part de l'environnement de travail favoriserait la PSHP. Pour cela, l'intervention du médecin du travail est essentielle. Il a pour rôle, depuis qu'il lui est interdit de dévoiler la nature de la pathologie dont la personne souffre, de se porter garant de son aptitude à travailler et d'expliciter les conditions dans lesquelles la PSHP peut le faire.

Identifier et former les interlocuteurs internes (médecins du travail, le service des ressources humaines, le manager, l'assistante sociale, etc.) avec des formations spécifiques concernant le handicap peut leur permettre de développer une certaine expertise et de travailler ensemble sur le cas de la PSHP et avec elle dans le cadre de groupes pluridisciplinaires.

Des accompagnements extérieurs tels que les services spécialisés comme le service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH), Cap emploi, ou encore les services

d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH) peuvent accompagner le salarié et son entourage professionnel.

Une familiarisation avec l'entreprise peut se faire et sous différentes formes : journée de découverte, stages, etc.(35)

Une sensibilisation est indispensable pour réduire la pression, améliorer la tolérance en brisant la stigmatisation et induire une progression positive de la PSHP. La lutte contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale passe en partie par l'éducation de la population générale sur les ressources permettant de faire face aux problèmes de santé mentale, de les traiter et de les accompagner.

Former l'équipe à l'identification des signaux d'alertes et dire à l'employeur qu'il n'est pas seul face à un employé souffrant de troubles psychiques, informer et sensibiliser les personnes pour lutter contre la stigmatisation afin d'essayer de dissiper leur perception négative et de combattre les préjugés (éclairer sur la condition des PSHP, faire connaître les différents troubles de santé mentale et la terminologie, éclairer sur les facteurs bio-socio-psychologiques à prendre en compte, etc.), repenser le cadre de travail par les dispositifs de prévention sont des mesures jugées précieuses pour lutter contre les préjugés.

Des aménagements de postes sont souvent nécessaires en prenant en compte le rythme de travail, l'environnement professionnel et les situations interpersonnelles. Ces aménagements pour les PSHP concernent plus souvent l'organisation que les techniques : horaires de travail, planification du travail et accompagnement. La RQTH, les aides au tutorat et des prestations ponctuelles spécifiques (PPS) de l'Agefiph et du Fiphfp existent. Ils constituent un appui à l'élaboration du projet professionnel, un appui à l'intégration en entreprise, au suivi dans l'emploi et au maintien au sein de celui-ci.

Nommer un référent est également utile : cette personne aura un rôle de soutien auprès du salarié et pourra faire l'interface avec les autres services de l'entreprise. Souvent insuffisant lorsqu'il intervient seul, un accompagnement par des acteurs extérieurs est souvent inéluctable pour apporter davantage de crédibilité.(25,28,38)

Les pathologies psychiatriques ne sont pas incompatibles avec l'aptitude à un poste de travail, en revanche, dans une majorité des cas, il peut être pertinent d'effectuer des recommandations d'aménagement de poste, des restrictions d'aptitudes ou l'observation des difficultés d'insertion professionnelle.

Déconstruire les représentations, mettre en avant les compétences, soutenir la motivation des personnes et ne pas les laisser s'éloigner de l'emploi sont les orientations à retenir. Petit à petit, des employeurs sont sortis du déni et ont accepté des PSHP. Mais cette problématique n'a jamais semblé autant d'actualité car les personnes expriment désormais le souhait de travailler et les associations du champ médico-social ont développé des actions vers l'emploi. Ces initiatives se développent peu à peu et apportent des résultats qui ne sont pas encore satisfaisants. Pour la sociologue Claire Le Roy Hatala, spécialiste de l'emploi des PSHP, il faut donc franchir un nouveau palier : l'innovation relèvera d'un changement de posture qui consistera à dire qu'il ne faut jamais décrocher du travail. Toutes les études montrent que plus longtemps les PSHP sont éloignées du travail et moins elles ont de chance d'en retrouver un.

L'insertion en milieu de travail des PSHP est un mouvement qui s'opère lentement et qui nécessite un accompagnement afin de prendre en compte tous les facteurs nécessaires .(35)

S'ils se mobilisent collectivement, les professionnels concernés, les employeurs, les dispositifs de soins et d'accompagnement, et les associations feront émerger des dispositifs et des solutions pour prendre en compte la santé mentale au travail.

7. Les principaux déterminants du retour à l'emploi

Une fois en milieu de travail, les personnes, du fait de leur maladie, sont dans une situation instable. Les rechutes sont fréquentes, les rythmes sont marqués par des arrêts, des absences au travail. Même au quotidien, l'activité des personnes est sujette à des variations importantes dues à leurs fragilités et à leurs troubles, trouble de la communication, de la concentration, de l'orientation. Parfois, c'est l'effet des médicaments qui entraîne une grande fatigabilité.

Les nombreuses conséquences de la pathologie peuvent provoquer des réactions d'incompréhension, de gêne, voire d'insécurité dans le milieu de travail, avec parfois pour résultat un rejet et une rupture du contrat de travail.

Les effets néfastes de la stigmatisation vécus par les personnes atteintes peuvent se retrouver dans n'importe quel milieu de travail et même dans les milieux protégés. En effet, le travail protégé n'échappe pas à l'esprit de compétition du monde ordinaire de travail.

L'accompagnement des PSHP prend tout son sens si elles se sentent soutenues, aidées, accompagnées dans leur démarche du retour ou maintien dans le monde du travail.(19)

En ce qui concerne les facteurs d'employabilité en situation réelle, l'âge, l'environnement socioculturel, le parcours scolaire, les formations et les diplômes par exemple auxquels on peut rajouter les caractéristiques des troubles psychiques de la personne sont des facteurs à prendre en considération mais leur poids relatif reste cependant à discuter. L'impact des multiples facteurs ne semble pas pouvoir être précisé autrement que sur le terrain concret du milieu de travail. Des outils d'évaluation du fonctionnement professionnel en situation réelle existent :

- ✓ Le Multidimensional Scale of Independent Functioning (MSIF), instrument permettant d'évaluer les aspects du fonctionnement en situation réelle relatifs à l'éducation ou au travail,
- ✓ Certains outils Canadiens (Contu et al., 2011) s'efforcent d'évaluer les facteurs déterminants l'employabilité des personnes ayant présenté des troubles mentaux. (en particulier le questionnaire ORTESES)(39)

Les déterminants du retour à l'emploi ou à l'insertion professionnelle relèvent de différents domaines.

Selon Bernard Pachoud, on distingue les éléments suivants :(35)

a. Les facteurs cliniques

Le « profil » des troubles tels que les symptômes et les performances cognitives sont à prendre en considération. Mais il semblerait qu'il n'y ait qu'une faible connexion entre le diagnostic individuel et l'insertion professionnelle. L'importance des soins réguliers et la prise en compte des contraintes/effets secondaires des traitements sont aussi à souligner. S'écartez du modèle de la

« maladie » qui met l'accent sur les symptômes (et le cure) au profit du modèle du rétablissement (recovery) prenant en compte le handicap (disability) et son retentissement social est aussi fondamental. Prendre conscience du trouble et du handicap est essentiel dans la réalisation d'un projet professionnel. La phase « d'acceptation » constitue une étape importante et nécessaire.

b. Les troubles cognitifs

Les facteurs cognitifs peuvent se situer au niveau neuro cognitif avec des variations sur le plan des performances et au niveau de la cognition sociale. Ici, les techniques de remédiations cognitives ou de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont jugées utiles.

c. Facteurs de motivation

Ils sont déterminés en particulier par le « sentiment d'efficacité » et la reconnaissance. L'investissement du sujet dans un projet de travail est une condition nécessaire à la réussite en ambiance réelle de travail d'où la notion « *d'empowerment* » qui prend ici, tout son sens. Il s'agit de restaurer le pouvoir d'agir pour la personne.

d. Expérience scolaire et professionnelle

Le niveau de formation scolaire et professionnel antérieur à la maladie et l'expérience professionnelle acquise, ainsi que la durée d'interruption de l'activité, mais aussi le sens que la PSHP donne au travail sont des critères à intégrer. Plus la période d'inactivité est longue, plus il sera difficile de la réinsérer dans le monde du travail.

e. Les facultés métacognitives d'appréciation de ses capacités

Prendre en compte la capacité de la personne à compenser son handicap, à contourner les difficultés est nécessaire. Cette connaissance de soi est liée au « sentiment d'efficacité personnel » et d'estime de soi. Elle serait le lien, le chaînon, entre les compétences cognitives de base du sujet et ses performances dans le monde réel.

f. Ressources propres à l'environnement du sujet et aptitudes sociales et relationnelles

Le fonctionnement quotidien, ainsi que le fonctionnement socio familial de la personne (real World Functioning, RWF) sont des indices des capacités utilisables notamment en situation professionnelle. D'après C.R. Bowie, le RWF désigne « ce que la personne fait réellement » par opposition à « ce que la personne peut faire » dans des « conditions optimales ». Ce concept caractérise le fonctionnement réel et quotidien du patient.(40)

L'organisation du logement, des transports, la gestion financière par exemple sont des sujets du fonctionnement « quotidien » à maîtriser.

Le fonctionnement social paraît altéré chez les personnes sans emploi alors qu'il semble amélioré en activité professionnelle. L'environnement familial peut intervenir à plusieurs niveaux avec notamment le soutien pouvant être apporté.

Les dispositifs de soutien au travail sont donc à considérer car en général, les PSHP ont peu de chance de parvenir seules à reprendre un emploi selon l'importance de leur trouble. La dynamique des équipes soignantes, médico-sociales et sociales, la clarté dans la répartition des rôles, la coordination, la réactivité et la disponibilité sont, entre autres, des éléments dominants pour générer une bonne alliance de travail avec une PSHP.(39)

La caractéristique principale du handicap psychique est la variabilité des états de vie et des comportements. Quand on parle d'insertion professionnelle, on parle de parcours car il est nécessaire de s'adapter en permanence aux souhaits et possibilités, souvent évolutifs des PSHP. Cela impose un travail de coopération et une évaluation continue des états et des projets de vie.(41)

Le fonctionnement des entreprises est à prendre en compte et les techniques de soutien externe qui leur sont apportées se révèlent importantes pour intégrer au mieux les PSHP. Une dernière dimension de poids est l'incitation financière dont le but est d'améliorer la qualité de vie de ces personnes.

g. Les aspects propres à l'activité de travail

Ils comprennent les capacités d'appropriation de tâche, d'initiative, de coordination de négociation avec autrui.

h. La capacité à s'engager dans un projet d'activité

La participation à des activités utiles à la collectivité (associatives, artistiques...), l'accès à la culture, au sport, aux loisirs sont essentiels tant à la qualité de vie des personnes qu'au maintien du lien social.

i. Synthèse

Les facteurs non médicaux sont des déterminants majeurs du devenir de la personne et font l'objet d'un champ d'investigation et d'intervention spécifique. Les déterminants environnementaux ou situationnels ont une fonction sur le devenir de la personne, sur ses limitations d'activité et d'accès à des aspects importants de sa vie sociale. Pour le handicap psychique, le facteur environnemental aggravant est pour l'essentiel l'impact négatif des représentations sociales concernant la folie et les troubles psychiatriques. Le résultat inévitable est une stigmatisation de ces personnes qui conduit à une marginalisation, voire à leur exclusion comme vu précédemment. Les déterminants du retour à l'emploi combinent à la fois les performances cognitives et le mode d'accompagnement et la qualité de celui-ci. Il est primordial d'articuler les deux en assemblant l'approche médicale et l'approche sociale du handicap.

8. Les chemins de la réhabilitation des PSHP

a. Place des soins de réhabilitation

En psychiatrie, la réinsertion s'inscrit comme une finalité dans un processus de soins comprenant tout d'abord une phase de traitement puis une phase de réadaptation (redonner les moyens d'agir) et enfin une phase de réhabilitation (redonner le pouvoir d'agir). (42)

La réhabilitation psychosociale (RPS) pourrait se définir d'une manière très générale comme l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des PSHP au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté. Elle prend en compte les désirs, les facteurs subjectifs, les facteurs environnementaux, les troubles cognitifs et les compétences préservées des PSHP afin de construire un projet de (ré) insertion pertinent. Les dispositifs d'évaluation et les outils de soins de la RPS sont adaptés aux caractéristiques propres et à la

demande de chaque individu. Les soins de RPS se fondent d'une évaluation et ont une action conjointe sur les versants subjectifs des facteurs précités quel que soit le stade de la maladie. Ils se doivent d'être multidimensionnels et pluridisciplinaires.

La RPS repose majoritairement sur les capacités et forces de la personne, car en plus d'être « patient », elle devient co-actrice et co-responsable de sa prise en charge établie avec son consentement libre et éclairé.

Une rehiérarchisation des objectifs et des moyens appropriés doit être effectuée pour les atteindre. Les travaux actuels tendent aujourd'hui à se développer en se focalisant de plus en plus sur les déterminants externes ou environnementaux de l'insertion professionnelle (mode d'accompagnement, compétences professionnelles, accommodement de travail en entreprise, etc.). Une progression convergente et nécessaire avec l'évolution des concepts concernant la notion de Handicap est en cours.

La RPS est à mettre au premier plan car son objectif premier est la réinsertion professionnelle et sociale des PSHP après une évaluation approfondie, transversale et multidisciplinaire. Elle développe parallèlement un soutien des aidants et toutes les mesures susceptibles d'améliorer la continuité des soins.(12)

Si l'on reprend le modèle de Wood (1980) où les déficiences (ou niveau lésionnel) provoquent les incapacités (soit le niveau fonctionnel) qui entraînent le désavantage social (ou niveau social), on peut avancer que l'une des propriétés du handicap psychique est la réversibilité des rapports de la dépendance entre la maladie, les incapacités et le désavantage social comme des relations perturbées ou l'isolement social. En apportant une amélioration aux conséquences de la maladie, au désavantage social qu'elle induit, par exemple à l'isolement social, on peut en retour espérer un bénéfice sur certaines incapacités, et *in fine* sur la maladie elle-même. [Annexe I]

b. « L'empowerment » ou pouvoir d'agir

Avant de continuer, il est préférable de parler d'un troisième modèle. Nous avons évoqué le modèle médical et social du handicap. Le « modèle du dépassement du handicap » quant à lui concerne la

personne elle-même et la façon dont elle considère sa situation du handicap. Il ne s'agit pas de rester à la prise de conscience des limitations subies mais d'envisager les ressources disponibles et les possibilités de parvenir à une forme de « dépassement » du handicap. Le facteur requis ici est subjectif car il concerne un changement de regard de la personne sur sa situation de handicap avec pour but de reprendre sa vie en main et de recontrôler son destin. Le rétablissement incarne ce changement d'attitude, qui doit être favorisé par l'environnement mais résultera prioritairement d'un changement de regard de la personne sur sa situation de handicap.⁽⁴³⁾

Le but dans toutes ces stratégies est « *l'empowerment* ». Ce principe englobe la notion de pouvoir d'initiative, d'agir et impulse aussi celle de processus, de dynamique.^(23,43)

Il s'agit d'un concept fondamental pour la promotion de la santé en général et plus particulièrement pour les PSHP qui permet de tendre vers le rétablissement et qui se décline sur trois niveaux d'action : individuel, organisationnel et communautaire.

Un des objectifs de *l'empowerment* en santé mentale est de donner aux patients les moyens de construire leur projet de vie, d'acquérir une autonomie leur permettant de vivre au mieux avec leur maladie et ainsi de tendre vers le rétablissement. Il constitue une des variables centrales du concept de rétablissement, c'est à dire le devenir de la personne, qui va se développer en psychiatrie.

Selon Rappoport (1987), *l'empowerment* comporte quatre composantes essentielles : la participation, la compétence, l'estime de soi et la prise de conscience. Quand elles sont toutes réunies, *l'empowerment* est enclenché.

Ces dernières années, l'évolution de la perception et le rôle des PSHP et de leurs familles ont évolué. Schématiquement, il s'est opéré un passage d'un modèle « biomédical », où le patient était passif, peu informé, dépendant du savoir et des décisions du professionnel de santé vers un modèle tendant vers une « approche holistique », où le patient est actif, de plus en plus impliqué dans son parcours de soins, afin de favoriser son pouvoir d'agir et de tendre vers son rétablissement.

Détenir un emploi donne un sentiment de sécurité et de confiance en soi, ouvre des perspectives, relie l'individu à la société et structure les journées. Le travail est pourvoyeur d'identité et de sens. Il

aide ces personnes à retrouver le moral et le goût de vivre, il valorise et donne de la fierté. Il semble évident que pour reconnaître l'autre, il est important d'être soi-même reconnu. L'intérêt que l'autre vous porte et l'aide qu'on lui apporte favorisent « l'estime de soi ». Pour certains auteurs, « l'estime de soi » serait d'une certaine manière « un système immunitaire du psychisme » autrement dit un antidote à la dépression.(19)

Les périodes d'inactivité sont péjoratives pour les personnes en situation de handicap psychique et d'autant plus qu'elles sont prolongées. Le chômage aggrave la situation de handicap et rend la réinsertion plus difficile.

La réinsertion professionnelle est un élément clé de la réadaptation médicale des PSHP.

Si l'on cultive l'alliance avec les effets positifs d'une thérapie, que l'on met en œuvre les bonnes pratiques professionnelles pour la dimension pathologique, on constate une diminution des rechutes, une diminution des symptômes et une amélioration de la qualité de vie objective (par exemple financière) et subjective.

c. L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique est un facteur favorisant l'*empowerment* en santé mentale et pour cela, il est indispensable que l'expérience de la personne soit prise en compte. La notion de santé mentale est complexe car elle n'est pas seulement individuelle, mais est aussi en complète interaction avec la société. Prendre conscience de ces interactions paraît important pour donner un sens à l'accompagnement d'une PSHP dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique.

Cela demande aux professionnels de ne pas regarder la personne uniquement à travers ses manques, ses besoins, ses symptômes mais de prendre en compte son expérience, son vécu, ses ressources, etc. Le professionnel doit « lâcher prise », prendre du recul, car il n'est plus face à un individu « objet de soin » mais à une personne actrice de sa santé.

Dans cette dynamique d'*empowerment*, l'accompagnement doit être le gage d'une relation plus équilibrée, plus bienfaisante où le soignant doit se mettre au rythme de la personne tout en tenant compte de ses compétences et de ses besoins. Il s'agit d'instaurer un climat de confiance, de

retrouver l'espoir et aussi de favoriser une alliance thérapeutique. Cet espoir va ainsi favoriser l'*empowerment* de la personne pour devenir actrice de son devenir et de son avenir.

L'éducation thérapeutique semble être un atout majeur pour favoriser l'*empowerment* des patients. Elle a « pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie »⁶.(23)

Grâce à elle, le patient aura la possibilité de vivre avec la maladie de manière optimale.

d. Le rétablissement

Une notion est à approfondir : le rétablissement. « Recovery » en anglais signifie un mode de dégagement ou de sortie de la maladie mentale. Il ne faut pas confondre le rétablissement avec la guérison ou la rémission. Le rétablissement caractérise le devenir de la personne et non pas l'évolution de la maladie. Il suppose un processus de redéfinition de soi avec prise de conscience de la maladie et de ses conséquences. Deux stratégies sont à distinguer : une stratégie médicale qui vise à optimiser l'évolution de la maladie et une stratégie complémentaire visant le rétablissement.

Deux conceptions du rétablissement existent : la conception objective où le rétablissement est conçu comme un état « final », un mode de devenir favorable des malades. L'accent est mis sur les critères objectivables de la stabilisation de la maladie (rémission symptomatique, absence d'hospitalisations, etc.) mais aussi de réinsertion professionnelle, et enfin sur les facteurs conditionnant le devenir. L'enjeu prioritaire est désormais ce devenir social des personnes plutôt que l'amélioration de la maladie.

La conception exponentielle (conception des usagers) quant à elle repose sur l'expérience vécue du rétablissement. Ici le rétablissement est moins considéré comme un but que comme un processus dans lequel ce qui importe est de s'engager puis de progresser.(44)

⁶ Article L1161-1 du Code de la santé publique

Le rétablissement mise sur les forces de la personne. On s'appuie sur les ressources propres de l'individu qui surmonte ou dépasse ses limitations. C'est bien le rétablissement qui est visé et non la rémission. Il s'agit d'un processus avec une évolution dans le temps.

Quatre éléments sont reconnus comme essentiels au processus de rétablissement (Favrod, 2012) :

- L'espoir, la croyance que le rétablissement est possible,
- La redéfinition de l'identité avec prise de conscience de sa maladie,
- La découverte d'un sens à la vie,
- La responsabilité.

Les différentes étapes du processus de rétablissement (selon le modèle conçu par Andreseen et al et repris par Favrod, 2012) sont :

- Une première étape caractérisée par le déni, la confusion, le désespoir, le repli et la révolte.
- Une deuxième étape qui consiste à la « prise de conscience » ou « phase d'acceptation ». La PSHP commence à entrevoir les possibilités d'un rétablissement.
- Une troisième étape qui implique de « faire l'inventaire de la partie saine » de la personne, de ses ressources et de ses faiblesses.
- Une quatrième étape où la personne va prendre le pouvoir sur sa vie afin de restaurer une identité positive. (« reconstruction »)
- Une dernière étape qui est celle de « croissance ». A ce niveau-là, la personne sait comment gérer sa maladie.(23)

Ces étapes restent indicatives et variables en fonction de chaque personne. Cependant, elles constituent une orientation possible de lecture du processus de rétablissement.

La démarche de rétablissement comporte donc une dimension éthique car elle requiert ces choix essentiels qui ont trait au statut reconnu à la personne.(44)

Ce processus nécessite une collaboration étroite entre l'intéressé, les soignants et l'entourage (proches, familles, professionnels, etc.).

Il existe des liens indissociables entre l'éducation thérapeutique, l'*empowerment* et le rétablissement.

Le témoignage de Luc Vigneault fin 2013 permet d'illustrer. Cet homme a été diagnostiquée schizophrène il y a une vingtaine d'années. Il se croyait condamné à être enfermé toute sa vie dans sa condition de personne handicapée. Des personnes de son entourage l'ont accompagné dans une démarche de rétablissement qui a fait naître en lui de l'espoir. Aujourd'hui, il travaille en tant que pair aidant et consultant à l'institut universitaire en Santé Mentale de Québec. Malgré des débuts difficiles, il a fait preuve de persévérance et ses efforts ont été récompensés. Il se retrouve aujourd'hui en position d'aider à son tour des PSHP. Son témoignage poignant montre que l'accès à l'emploi de ces personnes est possible avec un accompagnement adapté pour aller au bout du parcours. (45) [Annexe II]

9. Accompagnement et insertion professionnelle

a. Mesures d'accompagnement des PSHP

La réinsertion professionnelle des PHSP est une préoccupation d'actualité et un enjeu décisif. L'amélioration des traitements devenus plus respectueux des fonctions cognitives et la diminution des durées d'hospitalisation ont participé à une meilleure réinsertion sociale et professionnelle de ces personnes.

L'emploi est une préoccupation majeure pour les PSHP. Le soutien à l'emploi répond donc aux attentes du patient, le plaçant au centre de la prise en charge avec une attention portée sur ses choix et préférences dans une démarche valorisante. Dans les débuts de la réinsertion professionnelle des PSHP, des études ont confirmé que l'on pouvait améliorer les prises charges individuelles si l'on avait comme objectif la réinsertion : travail de certaines fonctions cognitives, de la motivation, etc. Depuis, d'autres types d'interventions plus novatrices sont apparues telles que l'emploi accompagné. (46)

Des valeurs éthiques tentent à guider « l'emploi accompagné » et aident à contribuer à son efficacité :

- Volonté de prioriser l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap,
- Personnalisation du mode d'accompagnement et de proximité, continu et capable de s'adapter aux besoins spécifiques de chaque personne,

- Un mode d'organisation du soutien pour promouvoir l'autonomie et le destin propre.

Depuis la loi de 2005, des mesures de soutien à la réinsertion professionnelle se sont développées, notamment dans le monde anglo-saxon et sont actuellement en cours de progression en France. Les sociétés Anglo-Saxonnes se sont énormément investies sur la question de la réinsertion professionnelle qui constitue pour elles une thématique majeure.

De nombreux résultats se dégagent et remettent en question nos pratiques comme par exemple le préjugé médical que la réduction des troubles serait une condition à la reprise d'une activité professionnelle. Il s'avère que c'est une idée reçue car l'évolution symptomatique est peu corrélée aux capacités de travail, pour citer le cas de la schizophrénie.

Les dispositifs de soutien vers et dans l'emploi et plus particulièrement les dispositifs de Job Coaching ont commencé à être évoqués en 2010 en France.

Force est de constater que le contexte français en matière d'aide à la réinsertion professionnelle subit un singulier retard : retard au plan des pratiques de recherche dans ce domaine, retard dans l'évaluation des performances ou résultats des pratiques, retard à l'expérimentation des pratiques innovantes (comme le Job Coaching). Il y a certes des pratiques de « préparation », d'accompagnement vers l'emploi de ce public mais ces pratiques relèvent des approches traditionnelles et sont de deux ordres : milieu protégé, activité de travail et pratiques issues ou proches du monde des soins.(24)

Les taux d'activité professionnelle restent faibles, en particulier en milieu ordinaire : moins de 20% au niveau français, européen ou américain.

Le système français montre plusieurs faiblesses : discontinuité de l'accompagnement, multiples intervenants, attente trop longue avant la remise en emploi, étapes intermédiaires, etc. Ce système est différent du Job Coaching car ce dernier préconise une remise au travail rapide avec un accompagnement individualisé par un intervenant unique, maintenu dans la durée.(35)

b. Méthodes de réinsertion professionnelle des PSHP

L'emploi accompagné est fondé sur le principe du « place and train ». Un coach accompagne l'employé tout en apportant aussi un soutien à l'employeur.

Une étude a été réalisée par la clinique psychiatrique universitaire de Zurich durant la période de 2003 à 2005. Celle-ci a examiné l'emploi accompagné sous l'angle de son efficacité. Sur les 25 participants, 11 ont trouvé et conservé un emploi par ce moyen. Par contre dans un groupe contrôle qui suivait la procédure d'insertion traditionnelle « train and place », personne n'a été engagé sur le marché primaire de l'emploi. La méthode étudiée est moins onéreuse car elle ne finance que le seul coach. Cette étude est cependant à prendre avec du recul car peu de personnes y ont été incluses et les raisons de l'échec des 14 autres personnes ne sont pas explicitées.

L'emploi protégé est une autre méthode d'insertion professionnelle. Certains professionnels pensent que le fait de passer par une phase de réadaptation dans un « environnement protégé » avant d'être placé sur le marché du travail en milieu ordinaire est nécessaire. Le milieu protégé a moins d'exigences en termes de performances et a pour but d'encourager et de stabiliser les aptitudes professionnelles des travailleurs handicapés. L'accompagnement a pour but de réengager dans une vie active, satisfaisante et dotée de sens pour la personne.

Les établissements de travail protégé ou adapté ne constituent pas obligatoirement des impasses pour ces personnes. Lorsque l'impression d'être enfermées l'emporte sur la nécessité d'échapper aux rigueurs du marché ordinaire du travail, elles décident en général de partir. Il reste certes le piège de l'assistance pour certains d'entre eux, mais ceux-là, pour la plupart, la vivraient tout autant dans l'inactivité. Cette dernière option demeure d'ailleurs la solution pour une grande majorité des PSHP.(47)

Il existe également les entreprises sociales (solution de « recharge » aux entreprises adaptées) et des mesures institutionnelles mais il faut reconnaître la difficulté récurrente à positionner des PSHP vers ces structures.(48)

c. Différence entre approche traditionnelle et l'emploi accompagné

Un réel contraste existe entre la pratique de l'emploi accompagné de type IPS et les pratiques traditionnelles d'évaluation et de préparation/réadaptation au travail amenant peu à peu à privilégier l'emploi accompagné.

Le développement des recherches dans ce domaine montre que cette réinsertion est possible dans un grand nombre de cas, voire dans la majorité des cas si ces personnes bénéficient d'un soutien approprié dans leur démarche d'insertion. Cela nécessite un changement de regard avec un changement de pratiques : l'activité professionnelle n'est plus simplement qu'un complément facultatif de la stabilisation clinique. Cette dernière n'est plus le but mais un moyen pour l'objectif plus global de rétablissement, c'est à dire de réengagement dans une vie sociale et active.

Le modèle traditionnel met l'accent sur une évaluation préalable qui doit guider une stratégie progressive de réadaptation au travail, et préparer un retour à l'emploi. Il est centré sur l'objectif de rémission ou de stabilisation clinique et de la prévention des rechutes. La reprise d'une activité professionnelle est envisagée comme une possibilité, certes souhaitable mais considérée comme le complément de la stabilisation. Plusieurs intervenants sont nécessaires, exerçant des fonctions d'experts pour une série de tâches d'évaluation puis de réadaptation. Il faut donc une organisation hiérarchique pour assurer la coordination des intervenants et superviser l'organisation.

Quant au modèle de l'emploi accompagné, il renonce aux préalables d'évaluations pour privilégier un accompagnement en situation de travail effectif. L'activité professionnelle apparaît comme un moyen pour l'objectif plus global de rétablissement. L'évaluation se situe directement en situation de travail dans la durée et tout au long du parcours professionnel de la PSHP. L'accompagnement repose ici sur un seul intervenant, le conseiller en emploi spécialisé. Depuis la demande initiale d'aide à la réinsertion jusqu'en situation d'emploi et tout du long. Il joue le rôle pivot de coordinateur entre le travailleur accompagné, l'entreprise qui l'embauche, l'équipe soignante et les intervenants sociaux.

L'intervention d'experts a pour inconvénient de maintenir une relation asymétrique d'assistance, avec le risque de renforcer une posture passive des bénéficiaires alors que l'emploi accompagné favorise l'*empowerment*.(49)

d. Résultats obtenus grâce aux nouvelles pratiques d'accompagnement

De nombreuses études démontrent l'importance décisive des modes et de la qualité de l'accompagnement vers et dans l'emploi (constituant des facteurs environnementaux).

Les stratégies de retour à l'emploi sont donc pondérées par différents facteurs. Leurs résultats dépendent moins de capacités intrinsèques que d'éléments situationnels complexes. Deux grands types de stratégies peuvent être identifiées : celle du « train and place » qui consiste à préparer la personne grâce à différents programmes puis à les insérer en milieu de travail et celle du « place and train » qui réintègre directement la personne en milieu ordinaire de travail et l'accompagne pendant son activité professionnelle. Cette dernière stratégie raccourcit considérablement les temps de réintégration au travail.(43)

Le « soutien à l'emploi » est un type de pratique efficace car il obtient, selon la plupart des études, un taux d'insertion deux fois plus important que les techniques habituelles. Le programme IPS est le plus représentatif de la pratique de « soutien à l'emploi » avec un taux d'insertion d'environ 60%. IPS est une illustration de « place and train » car le processus de recherche d'un emploi débute dès que l'usager commence à travailler avec un spécialiste de l'emploi et n'est pas retardé parce qu'on exigerait une évaluation approfondie avant emploi, une formation ou des expériences de travail intermédiaires.(50)

Le modèle IPS est défini par huit principes qui doivent guider sa mise en œuvre :

1. Le principe de l'exclusion zéro qui signifie que le critère d'inclusion dans le programme est uniquement la volonté de la personne d'exercer un emploi en milieu ordinaire.
2. L'objectif est l'emploi en milieu ordinaire de travail.
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 sont prises en compte.
6. Un travail d'ajustement du poste doit être fait.
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.

Les facteurs d'efficacité des programmes d'emploi accompagné sont la fidélité aux principes du modèle IPS et les compétences des conseillers en emploi spécialisés. Ce nouveau métier de conseiller en emploi spécialisé illustre l'évolution de « philosophie » de l'accompagnement vers l'emploi par rapport aux approches traditionnelles. On passe progressivement d'une culture de la protection et de l'assistance, dans laquelle les professionnels restent influencés par une culture soignante, avec le souci de protéger, à une culture de l'autonomisation et de l'inclusion sociale, dans laquelle les professionnels accompagnent les personnes dans la société ordinaire.(31,51)

Mais un réel scepticisme de la part de la population face à ces résultats persiste tout de même avec pour croyance dominante et tenace que cette intégration en milieu ordinaire de travail n'est que rarement possible pour les PSHP et peut être non souhaitable. Ces préjugés freinent considérablement la mise en œuvre de ces actions. Il s'agit d'un problème en France car il n'y a pas de statistiques publiées sur les taux d'intégration en milieu ordinaire de travail de ces personnes, ni d'études publiées sur l'efficacité de nos pratiques dans ce domaine. Seules les actions conduites par l'association MESSIDOR constituent des références actuellement. MESSIDOR insère en emploi depuis 40 ans des PSHP en leur offrant un parcours de transition avec un vrai travail rémunéré. Les personnes ont le choix entre des établissements de transition (ESAT ou entreprises adaptées (EA)) et des entreprises avec un Job Coaching (emploi accompagné), même si l'on doit garder à l'esprit que le travail en ESAT ne relève pas nécessairement d'un accompagnement spécialisé.

Le Service d'Insertion en Milieu Ordinaire de Travail (SIMOT) est une structure d'insertion et de réinsertion en milieu ordinaire de travail des PSHP. Implanté dans quelques villes comme Strasbourg ou Saverne, il offre une prise en charge de proximité à des personnes dans le cadre de leur projet professionnel. Le SIMOT assure un accompagnement personnalisé et durable pour la recherche d'un

emploi, ainsi que pour le suivi et le maintien dans l'emploi. Pourquoi un tel dispositif ? Souvent, les PSHP ne se projettent pas car rien n'est fait pour qu'elles en entrevoient la possibilité. Avec le SIMOT, ils construisent ensemble un projet professionnel à partir du projet de la personne. Il est primordial d'avancer à son rythme et de respecter son souhait car c'est elle qui décide de son propre avenir. Environ six mois sont consacrés à la construction d'un projet personnalisé ce qui distingue ce service du Job Coaching. Il s'agit d'un accompagnement dans la durée prenant en compte la totalité des éléments de situation sociale, professionnelle de la personne.(52,53)

e. Etat des lieux actuels et perspectives

L'intérêt des pouvoirs publics est récent pour les dispositifs innovants d'accompagnement vers et dans l'emploi des PSHP. Ces dispositifs sont non reconnus dans leur spécificité. Ils se développent pour répondre à la demande grandissante des PSHP d'accéder à un emploi en milieu ordinaire et en même temps pour compenser les manques des dispositifs traditionnels d'accompagnement existants. Une précarité financière et administrative existe malgré les résultats encourageants car ces méthodes ne sont pas encore reconnues par les pouvoirs publics.

Il s'agit de dispositifs à caractère précaire et expérimental du fait d'une grande incertitude sur la pérennisation des emplois des salariés mais aussi sur les accompagnements. Les moyens pour évaluer ces dispositifs sont également quasi inexistant alors que les besoins d'accompagnement sont clairs mais pas toujours exprimés.

Il est maintenant important de construire des référentiels d'intervention précis qui puissent garantir la qualité de l'accompagnement dans la perspective du rétablissement et de *l'empowerment*.(54)

Il faut promouvoir le développement de nouveaux programmes type IPS en mettant un terme aux programmes reconnus comme moins efficaces et en poursuivant en parallèle des travaux de recherche évaluative visant à définir l'ensemble du dispositif de services de réadaptation devant être offerts.(50)

f. « Stratégie quinquennale »

Lors de la conférence nationale du handicap du 19 mai 2016, le président de la République a annoncé qu'un volet spécifique de la stratégie pluriannuelle de l'évolution de l'offre médico-sociale serait consacré au handicap psychique. Les principales intentions annoncées sont les suivantes :

- Concernant l'emploi, il est annoncé l'intention des pouvoirs publics de continuer à développer des environnements professionnels adaptés aux besoins spécifiques de ces personnes que ce soit en milieu ordinaire de travail ou en milieu adapté.
- Dans le milieu ordinaire, le dispositif d'emploi accompagné introduit dans le code du travail par l'article 52 de la loi n°2016-1088 du 8 août 2016⁷ permettra de sécuriser et de fluidifier le parcours professionnel des PSHP vers et dans le milieu ordinaire de travail en leur garantissant, ainsi qu'à leur employeur, à tout moment du parcours professionnel, un accompagnement sur le long terme. Pour le milieu protégé, tout serait mis en œuvre pour faire du parcours professionnel en EA ou en ESAT un véritable accompagnement vers le milieu ordinaire. Les EA devraient également tenir compte des spécificités liées au handicap psychique, et être en mesure de proposer un accompagnement vers le droit commun de leurs salariés qui le souhaitent et le peuvent.
- Une politique d'impulsion d'une évolution des représentations sociales du handicap psychique et des pathologies psychiques en vue d'une meilleure inclusion des PSHP ou des personnes à risque de le devenir sera conduite.
- Plusieurs solutions à cela sont envisagées comme des campagnes de communication pour le grand public, une participation active des PSHP elles-mêmes, une sensibilisation des écoles de journalistes et des forces de sécurité publique et civile.(55)

⁷ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, Article n°52.

L'amélioration de la réinsertion sur le marché du travail des PSHP continuera donc à susciter le débat. Elle s'élabore progressivement au fil de la construction et de la mise en œuvre d'outils spécifiques individualisés constituant la trajectoire de la réhabilitation des PSHP.

10. Le Job Coaching : une clé ?

a. Principes du Job coaching

Le Job Coaching (emploi accompagné) vient des pays Anglo-saxons et fait peu à peu son apparition en France. Il s'agit d'un dispositif pour la PSHP exprimant le souhait et la motivation de travailler, mais qui ne désire pas intégrer un établissement spécialisé et qui ne bénéficie pas nécessairement de la RQTH. Le Job Coaching est inspiré de l'IPS et adapté pour les personnes réticentes à solliciter une RQTH, jugée trop stigmatisante et ne voulant pas travailler en milieu protégé ou en entreprise adaptée.

Cette pratique, jugée efficace, permet un retour à l'emploi pérenne en milieu ordinaire. L'objectif est donc la réinsertion directe et progressive en aidant par l'accompagnement et dans la durée des individus en rupture avec le monde du travail grâce au soutien d'un intervenant unique : le job coach. Contrairement à d'autres méthodes du même type, l'accent est porté sur un soutien - non plus en amont de l'insertion et dans un cadre institutionnel - mais davantage pendant le processus d'insertion et au sein de l'entreprise.

Le parcours s'élabore à partir des choix et des préférences du travailleur et dans une confrontation au réel. Le travailleur est suivi tout au long du processus de rétablissement : de la mise en emploi au maintien en emploi.

b. Le job coach

Le job coach est une personne extérieure à l'entreprise. Il accompagne une vingtaine de PSHP en s'adaptant à leurs besoins spécifiques. Son action couvre la recherche d'emploi et le soutien à l'embauche, puis l'accompagnement en cours d'emploi, sans limite de temps. Il met en lien les compétences de ses candidats avec les besoins de l'entreprise. C'est donc largement au sein de l'entreprise que doit se développer l'activité des conseillers en emploi, et qu'elle doit être étudiée.

Les job coach anglo-saxons sont issus du monde du travail, et non du monde du soin ou du social. Ils travaillent en réseau pour sensibiliser et proposer des aménagements.(35)

Pour les chefs d'entreprises, la présence d'un job coach est également rassurante. C'est une interface pour le travailleur et son employeur. Il assure la qualité du lien entre les deux parties. Son rôle est de valoriser les efforts de la PSHP et de l'aider à s'affranchir de ses appréhensions dans le registre professionnel mais également personnel.(56)

c. Résultats actuellement disponibles

L'emploi en milieu ordinaire est directement visé correspondant aux aptitudes et habiletés de la personne. L'aménagement de poste nécessaire est prévu. Les résultats sont les suivants :

- Deux fois plus d'entrées dans l'emploi,
- Trois fois moins d'abandon de parcours,
- Une diminution de 30% des rechutes.(56)

Pour MESSIDOR, en 2015, 26 contrats ont été réalisés et 22 personnes ont été suivies. Les résultats sont intéressants : la moitié d'entre elles étaient assez éloignées de l'emploi, au chômage depuis 26 à 36 mois, qualifiées voire très qualifiées, et âgées de plus de 40 ans à plus de 75 %.

Avec le Job Coaching, une passerelle vers et dans le monde du travail est mise à disposition.(57)

CONCLUSION

« Nous voulons être perçus comme différents des autres par rapport à la notion de singularité et comme leur semblable par rapport à la notion de personne faisant partie d'un groupe »
(Frédérique Ibarrart)

Il fait aujourd'hui consensus que le travail, en règle générale, représente pour les Hommes une irremplaçable valeur existentielle, même s'il est impossible d'en mesurer pour chacun l'importance intime. Source de lien social, d'épanouissement dans la réalisation d'une tâche qui prend du sens dans le grand tout de la communauté humaine, source de rencontres, de plaisir, espace de vie affective, d'ambition, de promotion personnelle, de succès, le travail est l'une des dimensions cardinales de la vie.

Notre recherche, modeste, abonde ce constat : le travail est un socle pour le rétablissement, il diminue le besoin de soin, d'assistance, il est vecteur d'autonomie.

Dans la population générale cependant, le travail peut aussi être source de souffrance, d'angoisse, de mal-être. Les conditions qui sont parfois faites aux collaborateurs d'une entreprise, la multiplication des contraintes, peuvent induire de la souffrance, de la perte de sens, qui deviennent elles-mêmes pourvoyeuses de pathologies. Ces conditions peuvent être identifiées, et des approches préventives peuvent être développées.

L'emploi des PSHP obéit aux mêmes réalités et aux mêmes fondamentaux : il est possible, chacun y a le droit, il soutient le rétablissement, mais peut-être, -et est souvent- exposé à des conditions défavorables. L'intégration de personnes en difficulté relationnelle les rend vulnérables aux tensions d'équipe, aux particularités de caractère des membres du collectif de travail, aux dysfonctionnements managériaux, aux aberrations organisationnelles. En cela ces démarches d'intégration sont contributives à la réflexion sur la psychodynamique du travail. Ici comme dans d'autres registres, les personnes handicapées, en révélant ce qui est pour elles difficile, douloureux, pesant, interviennent

comme les vigies de nos organisations et de nos dynamiques collectives. C'est, entre autres, un enseignement de notre exploration de cette problématique.

Depuis la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975⁸, en France, s'opère un double mécanisme d'incitation à l'embauche avec d'une part l'octroi d'aides spécifiques et d'autre part, une pénalisation financière des entreprises qui ne recrutent pas.

La loi du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap⁹ a instauré l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) pour tous les employeurs, y compris publics, ayant vingt salariés ou plus dans la proportion de 6% de l'effectif total.

La loi du 11 février 2005 promeut l'intégration des personnes handicapées avec un changement radical de philosophie : partir de l'évaluation des capacités de la PSHP et non des incapacités. Cela passe en partie par l'obligation d'aménagement des postes de travail, l'obligation de négocier sur l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés ou encore la rénovation du dispositif d'obligation d'emploi.(58)

Avec la loi de 2005, la prise en compte de la subjectivité des PSHP fait reposer en partie l'insertion des personnes concernées sur la façon dont celles-ci parviennent à mobiliser leurs droits, à les faire reconnaître et à les négocier.

Une enquête sur les représentations sociales de la santé mentale en population générale (SMPG) a été réalisée par le centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) auprès de 36.000 personnes âgées de 18 ans et plus en France métropolitaine entre 1999 et 2003. Selon celle-ci, 55% des individus interrogés estiment qu'il serait impossible de guérir un « malade mental » et près de 80% qu'il serait impossible de le guérir totalement.

⁸ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

⁹ Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés

On peut donc comprendre les personnes qui cherchent à échapper à une catégorisation qui, non seulement génère de la peur sociale, mais encore leur imposerait le statut d'incurable.

Les porteurs de stigmates visibles (déficience physique, fonctionnelle, etc.) peuvent parfois, au prix d'importants efforts, valoriser un stigmate qu'ils ne peuvent cacher pour gagner une reconnaissance sociale. La déficience, dans le cas du handicap psychique, n'apparaît pas au grand jour alors qu'elle est potentiellement très discréditée. Il peut donc y avoir plus à perdre qu'à gagner à laisser transparaître ses incapacités.(59)

Du fait des multiples difficultés rencontrées par les personnes souffrant de handicap psychique à s'intégrer dans le monde social et professionnel, c'est souvent « à bas bruit » qu'elles tentent de se frayer un chemin dans l'insertion sociale et professionnelle ce qui rend particulièrement problématique la reconnaissance du handicap psychique qui pourtant est considérée comme l'une des pierres angulaires de la loi de 2005.(8,60)

L'absence de partage avec autrui, par les personnes qui souffrent de leurs problèmes de santé psychique entrave leur identification et l'amélioration des politiques. Ignorant parfois leur propre état ou craignant la stigmatisation ou la discrimination, les personnes atteintes choisissent fréquemment, par tabou, de ne pas l'évoquer même si elles osent de plus en plus parler de leurs difficultés et leurs réussites.(61)

Près de 100.000 établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé et des établissements publics à caractère industriel ou commercial sont assujettis à l'OETH en 2013. L'emploi peut se faire de façon directe ou indirecte par le biais de contrats de sous-traitance ou encore par l'accueil de stagiaires. Il est également possible de signer un accord relatif à l'emploi de travailleurs handicapés et/ou payer une contribution financière à l'Agefiph.

26% des établissements assujettis à l'OETH atteignent le seuil légal par l'emploi direct de travailleurs handicapés. En 2013, près de 323.000 salariés (4%) ont été employés et comptabilisés « en unités bénéficiaires » c'est à dire en équivalents temps plein.(62)

Encore trop peu de personnes malades psychiques ont accès au travail, que ce soit en milieu ordinaire ou en milieu protégé. Le bilan actuel est en demi-teinte, l'emploi de personnes handicapées

progresse mais demeure en-deçà de l'objectif affiché. Avec la création et le développement progressif de dispositifs personnalisés, ce pourcentage pourrait être plus élevé.

Il paraît plus facile et moins coûteux de réinsérer des personnes concernées par d'autres formes de handicap quand il ne s'agit par exemple que de l'adaptation de locaux d'entreprise pour un fauteuil roulant ou celle d'une machine-outil dans un atelier.

La prise en compte du handicap psychique dans une politique d'emploi de travailleurs handicapés soulève quantités de questions. Encore souvent considérée comme une prise de risque, l'insertion d'une personne en situation de handicap psychique induit de nombreuses craintes. Accepter d'intégrer et maintenir une PSHP dans un emploi, c'est accepter une part d'incertitude.

Face à ces craintes, le meilleur des outils est le réseau de partenaires et d'acteurs travaillant résolument dans la pluridisciplinarité et pour un même objectif.

Le chômage est préjudiciable à la santé psychique. Des données révèlent que les personnes souffrant de troubles psychiques qui trouvent un emploi, enregistrent une nette amélioration de leur état. Cette observation cadre avec des résultats cliniques qui montrent que l'emploi peut-être un élément important dans le rétablissement qui rejaillit aussi dans la sphère non professionnelle. On dispose de plus en plus de notions qui indiquent que l'emploi est associé à une meilleure santé psychique. Le travail joue un rôle essentiel dans la guérison. (22)

Néanmoins, des emplois de mauvaise qualité peuvent être néfastes. Les PSHP sont davantage susceptibles que les autres d'occuper un emploi qui cadre mal avec leurs compétences ou encore, elles ont une plus grande probabilité d'exercer un emploi peu qualifié. Mais des variables essentielles au travail peuvent contribuer à prévenir la détérioration de la santé psychique comme un encadrement professionnel de qualité par exemple.(61)

L'investissement dans un travail permet pour beaucoup de PSHP de mettre à distance leur maladie et les symptômes l'accompagnant. Ces observations, anciennes, avaient permis de mettre en œuvre des techniques de travail dit « thérapeutique ». Cette pratique a pris une place essentielle aujourd'hui. C'est principalement un projet identificatoire qui conduit les patients à vouloir travailler pour être

comme les autres. L'accès au travail signe aussi bien une amélioration que le résultat de nombreux efforts pour ces personnes.(63)

Une évaluation de la dimension psychopathologique ainsi qu'une évaluation des performances cognitives sont utiles mais insuffisantes pour appréhender les principaux facteurs qui conditionnent le retour au travail. D'autres dimensions vues auparavant sont également à considérer. L'intérêt principal de la réhabilitation psychosociale est d'insister sur les enjeux existentiels et subjectifs d'un retour au travail, que le sujet est seul à pouvoir désigner. Il y a toujours un écart entre cette conclusion et les pratiques existantes d'évaluation et de soutien à la réinsertion professionnelle. Ces évaluations sont le plus souvent réalisées par des cliniciens qui privilégient l'évaluation des dimensions psychopathologiques. Ce biais d'expertise peut être en partie corrigé par des évaluations pluridisciplinaires, comprenant une évaluation « technique » en situation de travail par exemple. Certaines dimensions restent sans doute insuffisamment prises en compte par méconnaissance de leur importance ou par manque d'outils d'appréciation.

L'évaluation du handicap et des possibilités de réinsertion est plus qu'une évaluation clinique et psychopathologique, elle requiert des compétences et une attention particulière à des dimensions évoquées dans notre travail qui restent à mieux faire connaître.

Il existe une articulation entre l'éducation thérapeutique, *l'empowerment* et le « rétablissement ». Se rétablir d'une maladie entraînant des troubles psychiques signifie pouvoir se dégager d'une identité de malade psychiatrique, retrouver une identité de citoyen et être reconnu dans sa vie sociale et affective. Cette démarche permet à chacun d'apprendre de l'autre, avec l'autre. Chacun va cheminer à son rythme en étant dans un processus constant de biographisation...qui tend vers une « éthique de l'alliance ».(23) Par la biographisation, récit spontané de la personne, le sujet donne une forme narrative personnelle à ses inscriptions socio-historiques pour ensuite construire son devenir.

Une PSHP, fragile, doit être accompagnée sur la durée, en luttant contre la stigmatisation qui l'affecte, et en s'appuyant sur un réseau. Le collectif de travail, la Direction, mais aussi des accompagnants extérieurs sont les "outils" de compensation de cette famille de handicap. La prise en compte du handicap psychique dans le champ du travail est une source d'enrichissement des

relations humaines et un facteur de cohésion d'équipe. Cette dimension attire aujourd'hui davantage l'attention des partenaires sociaux que jadis, notamment par le biais de la prévention des risques psychosociaux.

Une société doit être capable de prendre en compte la diversité des participations et être moins rigide dans les modèles qu'elle propose.(64)

Lors de la conférence nationale du handicap du 19 mai 2016, l'emploi accompagné fait pour la première fois son apparition dans un texte de loi français, la loi « Travail ». Il propose un accompagnement pérenne pour les travailleurs handicapés qui souhaitent travailler en milieu ordinaire. L'emploi accompagné est connu depuis 50 ans déjà. En France, il entend rompre avec le système « train and place » le plus souvent en vigueur et prend le parti de mettre en emploi directement puis d'accompagner dans les éventuelles difficultés rencontrées. Qu'ils soient issus du secteur médico-social ou du secteur privé, ces « accompagnants » doivent avoir les formations nécessaires pour accomplir au mieux leur tâche avec professionnalisme.(65)

L'étude décrite dans ce travail reste sommaire mais peut néanmoins inspirer des pistes de réflexion voire d'amélioration pour l'accompagnement des personnes accédant à une activité professionnelle.

Concernant le champ du travail, l'objectif des pouvoirs publics doit alors être d'influer sur les systèmes et sur les pratiques des employeurs de sorte que la déclaration des troubles psychiques procure plus d'avantages que d'inconvénients.

Une prise de conscience est en cours de la part des pouvoirs publics et des employeurs pour trouver des solutions efficaces et faciliter l'accès et le maintien en emploi.

Il n'existe pas encore, cependant, de consensus sur la notion de handicap psychique, trop souvent confondu avec le handicap mental. Certaines des difficultés rencontrées dans le cadre de la prise en charge du handicap psychique sont à mettre en regard des représentations négatives de la maladie mentale dans l'opinion, qui maintiennent un climat peu favorable à l'insertion de la personne en situation de handicap psychique dans la société et à la reconnaissance de sa citoyenneté. Une meilleure information du grand public est primordiale.

Depuis 2005, l'emploi des PSHP est un axe d'étude puis d'action. L'Unafam préconise clairement aujourd'hui un accompagnement global, individualisé et qui s'inscrit dans la durée.

En 2014, ces préconisations ont été formalisées et l'Unafam a recommandé la mise en place d'un service d'insertion professionnelle spécialisé pour le handicap psychique (SIPSY) dans chaque bassin de vie. Le rapport « Le Houérou » de septembre 2014 s'appuie en grande partie sur ces recommandations et est à la source du décret d'application de la loi travail du 8 août 2016 qui acte ces principes d'accompagnement des PSHP en matière d'accès et de maintien dans l'emploi.

Parallèlement, l'accent doit être mis sur la fluidité du parcours des PSHP et l'accompagnement des entreprises vers l'intégration en emploi direct des personnes concernées.

Beaucoup de préconisations ont été formulées depuis une dizaine d'années, par diverses contributions collectives. On doit continuer à promouvoir :

- ❖ L'évaluation par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) adaptée au handicap psychique, globale, partagée, répétée et inscrite dans la durée, par une véritable équipe pluridisciplinaire, qui doit être développée et accessible sur tout le territoire,
- ❖ Des SIPSY dont le financement doit être assuré par la MDPH, l'Agefiph et le Fiphfp et qui devraient être déployés sur tous les bassins de vie,
- ❖ Les ESAT et les EA spécialisés "handicap psychique" encadrés par des personnels formés à sa spécificité qui doivent se multiplier. Le temps partiel doit se développer,
- ❖ Le système doit gagner en souplesse, en fluidité, et en réactivité dans l'attribution des ressources (cumul de l'AAH/ salaire - récupération de l'AAH complète)(64)

Les responsables de l'action publique peuvent et doivent répondre efficacement aux défis concernant l'intégration sur le marché du travail des PSHP. Leur action doit continuer à évoluer.

Deux impératifs ressortent : intervenir au bon moment et mieux coordonner les interventions.(61)

Toutes ces mesures, tous ces moyens ont pour but ultime une meilleure intégration professionnelle des PSHP et ainsi leur permettre d'avoir un emploi qui est bénéfique pour leur santé.

Comme le dit Claire Le Roy Hatala, « pourquoi les personnes handicapées ne seraient-elles pas performantes ? L'enjeu est juste l'accessibilité universelle, c'est-à-dire qu'on soit capable de penser une société qui prenne en compte la diversité des participations et qui soit moins rigide dans les modèles qu'elle propose. »(30)

Il paraît nécessaire de continuer à étudier cette piste. Trop peu de travaux à ce jour existent en France pour démontrer que le travail peut-être une véritable source de bienfait pour les PSHP, c'est pour cela qu'il faut continuer à chercher et à développer ce sujet. Il faut mener des recherches qui vont mobiliser certes beaucoup de compétences pour arriver à dégager un corpus de recommandations permettant une pleine et meilleure intégration des personnes handicapées et en particulier des personnes en situation de handicap psychique.

A court terme, les moyens d'évaluation et d'accompagnement doivent être consolidés et la coordination entre les différents acteurs améliorée. Il est nécessaire de rechercher la sécurisation des parcours professionnels et de prévenir prioritairement la désinsertion.

A plus long terme, des recherches et expérimentations doivent être menées afin d'améliorer les connaissances dans le champ du handicap, notamment pour objectiver les déterminants de la désinsertion, et, *a contrario*, les conditions de la réussite de l'insertion, afin de promouvoir et généraliser les bonnes pratiques.

Il faut promouvoir une approche davantage centrée sur les besoins individuels des personnes, et cela doit se traduire dans la réglementation, les processus et les pratiques.

"L'emploi, un droit à faire vivre pour tous"

BIBLIOGRAPHIE

1. Union nationale de famille et amis de personnes malades et/ou handicapées psychique (unafam). Le handicap psychique [Internet]. [cité 10 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.unafam.org/-Le-handicap-psychique-.html>
2. Fonds Handicap et Société. Origines et histoire du handicap : du Moyen-âge à nos jours [Internet]. fondshs.fr. 2015 [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.fondshs.fr/vie-quotidienne/accessibilite/origines-et-histoire-du-handicap-partie-1>
3. Fondation Recherche Médicale (FMC). Dossier de presse : la Fondation pour la Recherche Médicale investit 4 millions d'euros dans la recherche sur les maladies psychiatriques [Internet]. 2016 mars [cité 8 août 2016] p. 11. Disponible sur: <https://www.frm.org/upload/pdf/20160329presse-psychiatrie.pdf>
4. Union nationale de famille et amis de personnes malades et/ou handicapées psychique (unafam). Dossier de presse de l'Unafam [Internet]. 2013 Juin [cité 8 juill 2016] p. 11. Disponible sur: http://www.unafam.org/IMG/pdf/Dossier_de_presse_UNAFAM_Juin_2013.pdf
5. Pachoud B. Handicap psychique et nouvelles orientations. Le Journal des psychologues [Internet]. mars 2014 [cité 8 mai 2016];(315):32-6. Disponible sur: <http://www.iresp.net/files/2013/04/Projet-Pachoud-Article-3.pdf>
6. Van Gennep A. Les rites de passages [Internet]. Paris: A. et J. Picard; 1981 [cité 9 nov 2016]. 288 p. Disponible sur: http://classiques.uqac.ca/classiques/gennep_arnold_van/rites_de_passage/rites_de_passage.html
7. Vidal-Naquet PA. Maladie mentale, handicap psychique : un double statut problématique. Vie sociale [Internet]. 2009 [cité 25 mars 2017];1(1):13-29. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2009-1-page-13.htm>
8. Vidal-Naquet PA. L'insertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques : handicap, compensation et aménagement approprié [Internet]. 2007 janv [cité 8 août 2016] p. 86. Disponible sur: http://www.handipole.org/IMG/pdf/cerpe_galaxie_vidal-naquet.pdf
9. Henckes N. les psychiatres et le handicap psychique : de l'après guerre aux années 1980. Revue française des affaires sociales [Internet]. 2009 [cité 9 janv 2016];1(1-2):25-40. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-25.htm>
10. 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. La Revue française des affaires sociales (RFAS) [Internet]. 2009 [cité 15 août 2016];257-77. Disponible sur: http://www.ep.univ-paris-diderot.fr/IMG/pdf/bp_09_rfass_dim_de_l_insertion_prof_.pdf

11. Determinants de la réintégration au travail des personnes en situation de handicap psychique [Internet]. 2ème journée d'étude de l'Observatoire Régional des Risques Psychosociaux en Aquitaine, Risques psychosociaux: tous préveneurs ? Bordeaux; 2012 décembre [cité 8 août 2016] p. 12. Disponible sur: http://comprasec.u-bordeaux.fr/sites/default/files/pdf_book/B.Pachoud.pdf
12. Goyet V, Duboc C, Voisinet G, Dubrulle A, Boudebibah D, Augier F, et al. Enjeux et outils de la réhabilitation en psychiatrie. L'Évolution Psychiatrique [Internet]. janv 2013 [cité 25 mars 2017];78(1):3-19. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014385512001211>
13. McGurk SR, Mueser KT, DeRosa TJ, Wolfe R. Work, Recovery, and Comorbidity in Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial of Cognitive Remediation. Schizophr Bull [Internet]. mars 2009 [cité 4 août 2016];35(2):319-35. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2659315/>
14. 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]. Centre de Preuves en Psychiatrie et en Santé Mentale; 2015 sept [cité 10 oct 2016] p. 261. Disponible sur: <http://promesses-sz.fr/files/9/divers/32/57caec0c52944.pdf>
15. Velche D, Roussel P. La participation sociale des personnes présentant un handicap psychique: effet de rhétorique ou perspective nouvelle? [Internet]. 2011 mars [cité 8 janv 2016] p. 191. Disponible sur: mssh.ehesp.fr/wp-content/uploads/2013/06/HandPsy_rapp_Velche_Roussel.pdf
16. Favre C, Spagnoli D, Pomini V. Dispositif de soutien à l'emploi pour patients psychiatriques: évaluation rétrospective. Swiss archives of neurology and psychiatry [Internet]. 2014 [cité 8 août 2016];165(7):258-64. Disponible sur: <http://www.sanp.ch/docs/sanp/2014/07/en/sanp-00292.pdf>
17. Département d'information médicale Cesame. Focus sur les troubles schizophréniques: rapport d'activités du CESAME. 2012 p. 7.
18. Manon S. La valeur du travail [Internet]. PhiloLog. 2008 [cité 23 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.philog.fr/la-valeur-du-travail/>
19. Bloise JY. Maladie mentale - Handicap psychique - Insertion au travail [Internet]. 2008 avril [cité 12 janv 2016]; Centre de formation agréée de l'action sociale (CEFRAS). Disponible sur: <https://formanet.files.wordpress.com/2008/09/maladie-mentale-et-travail.doc>
20. L'Agence Entreprises et Handicap. Entreprises face aux troubles psychiques : comment l'entreprise peut-elle aborder la question de la santé mentale? In Sciences Po, Paris; 2009 [cité 11 nov 2016]. p. 141. Disponible sur: http://www.handiplace.org/media/pdf/autres/entreprise_face_troubles_psy.pdf
21. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Le taux de chômage diminue de 0,3 point au deuxième trimestre 2016 [Internet]. Insee. 2016 [cité 23 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/themes/info-rapide.asp?id=14>

22. Farache J. L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage: mieux prévenir et accompagner. Journal officiel de la république Française. Mai 2016;130.
23. Ibarrart F. L'empowerment... un chemin vers le rétablissement en Santé Mentale [Internet]. [Paris]: Sorbonne Universités; [cité 25 mai 2016]. Disponible sur: <http://promesses-sz.fr/files/82/Kiosque%20SCHIZ%20%C2%A0Le%20r%C3%A9tablissement/63/57caf735c28e4.pdf>
24. Associations Gestionnaires pour l'Accompagnement des personnes handicapées PSYchiques (AGAPSY). projet SPSM - employabilité 2014-2017 [Internet]. Santé Publique et Santé Mentale: Nouveaux besoins, nouvelles formations, quelle employabilité des usagers en Europe?; 2013 [cité 10 nov 2016] p. 23. Disponible sur: <http://sante-mentale-insertion.org/wp-content/uploads/2015/04/Contexte-France.pdf>
25. Ouardi S, Clement D. Handicap psychique: un enjeu d'intégration et de maintien en emploi [Internet]. Randstad. 2016 [cité 12 oct 2016]. Disponible sur: <http://wellcom.fr/presse/randstad/2016/10/handicap-psychique-enjeu-dintegration-et-maintien-en-emploi/>
26. Repessé J. Handicap psychique. Lycée professionnel Jules Ferry « La Colline » Montpellier [Internet]. oct 2011 [cité 19 oct 2016];(1):7. Disponible sur: http://handiressources.free.fr/Ulis/Guides/Handicap_psychique.pdf
27. de Berranger S. Travail et handicap psychique. Empan [Internet]. 2004 [cité 23 mars 2017];55(3):111-4. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-empan-2004-3-page-111.htm>
28. Germain S. Au travail, le tabou du handicap psychique demeure. Les Echos [Internet]. 16 nov 2012 [cité 10 oct 2016]; Disponible sur: http://www.lesechos.fr/16/11/2012/LesEchos/21314-157-ECH_au-travail--le-tabou-du-handicap-psychique-demeure.htm
29. Le Roy Hatala C. Accueillir et intégrer un salarié handicapé psychique dans l'entreprise - pistes de réflexions et propositions d'actions. Guide pratique: le handicap psychique dans l'entreprise [Internet]. janv 2007 [cité 10 janv 2016];35. Disponible sur: http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1488&context=gladnet_collect
30. Garric A. Le handicap psychique déstabilise le monde du travail. Le Monde [Internet]. 19 nov 2010 [cité 10 mai 2016]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/societe/article/2010/11/19/le-handicap-psychique-destabilise-le-monde-du-travail_1442432_3224.html
31. Pachoud B, Corbière M. L'accompagnement vers et dans l'emploi. In: Franck, N Outils de la réhabilitation psychosociale. Issy les Moulineaux: Elsevier Masson; 2016.
32. Amara F, Mesclon-Ravaud M, Jourdain-Menninger D, Dr Lecoq G, Inspection générale des affaires sociales (IGAS). La prise en charge du handicap psychique - Tome I [Internet]. 2011 Août [cité 11 déc 2016] p. 99. Report No.: RM2011-133P. Disponible

sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000570.pdf>

33. Henckes N. Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après guerre aux années 1970. [Internet]. [Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS)]; 2007 [cité 6 août 2016]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00769780/document>
34. Corbière M, Villotti P, Toth K, Waghorn G. La divulgation du trouble mental et les mesures d'accompagnements de travail: deux facteurs du maintien en emploi des personnes aux prises avec un trouble mental grave. L'Encéphale [Internet]. Juin 2014 [cité 25 mars 2017];40:S91-102. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700614001110>
35. Handicap psychique et emploi c'est possible. Etre Handicap information [Internet]. oct 2013 [cité 25 mars 2017];(127). Disponible sur: <http://fr.calameo.com/books/000748074c9081f4442fe>
36. Lumineau L. Le trouble psychique reste méconnu. Le Monde.fr [Internet]. 12 nov 2012 [cité 25 mars 2017]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/economie/article/2012/11/12/le-trouble-psychique-reste-meconnu_1789159_3234.html
37. Badouraly S. Handicap psychique et travail [Internet]. IF coaching. 2015 [cité 9 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.if-coaching.com/blog/2015/04/01/handicap-psychique-et-travail/>
38. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat [Internet]. 2013 Juin [cité 28 mars 2017] p. 77. Disponible sur: <http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article725>
39. Pachoud B, Plagnol A. Employabilité et situation réelle de travail.
40. Matrat V, Grenier K. Real World Functioning et insertion : une nouvelle perspective ? La lettre du Psychiatre [Internet]. nov 2009 [cité 9 juin 2016];V(6):126-9. Disponible sur: <http://www.edimark.fr/lettre-psychiatre/real-world-functioning-insertion-nouvelle-perspective>
41. Associations Gestionnaires pour l'Accompagnement des personnes handicapées PSYchiques (AGAPSY). Handicap psychique et emploi [Internet]. Journées Nationales de Formation Continue. Paris; 2013 Juillet [cité 10 févr 2016]. Disponible sur: http://www.creai-idf.org/sites/cedias.org/files/programme_journees_nationales_galaxie-agapsy_juillet_2013.pdf
42. Quesnay C. La réhabilitation psychosociale de patients psychotiques : rôle et intérêt de l'ergothérapeute au sein d'un service d'accueil familial thérapeutique [Internet]. [Montpellier]: Institut de formation en ergothérapie; 2012 [cité 12 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.famidac.fr/IMG/pdf/memoire-quesnay-caroline.pdf>

43. Pachoud B. Handicap psychique et insertion professionnelle: de nouvelles orientations théoriques et pratiques. *Le Journal des psychologues* [Internet]. 2014 [cité 25 mars 2017];315(2):32-6. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2014-2-page-32.htm>
44. Pachoud B. Se rétablir de troubles psychiatriques: un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique* [Internet]. 2012 [cité 23 mars 2017];88(4):257-66. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-4-page-257.htm>
45. Vigneault L. Revivez deux moments forts du congrès d'Angers [Internet]. *Rehabilite.* 2014 [cité 19 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.rehabilite.fr/2015/03/revivez-deux-moments-forts-du-congres.html>
46. Leguay D, Delouvrier E, Pascal J, Centre de Santé Mentale Angevin, Pôle de psychiatrie 49G04. Programme de soutien à l'emploi chez les patients souffrant de troubles mentaux graves, *Une revue de la littérature*. p. 5.
47. Velche D, Roussel P. La participation sociale des personnes présentant un handicap psychique: effet de rhétorique ou perspective nouvelle? [Internet]. 2011 mars [cité 8 août 2016] p. 191. Disponible sur: http://mssh.ehesp.fr/wp-content/uploads/2013/06/HandPsy_rapp_Velche_Roussel.pdf
48. Kurmann S. Handicap psychique: quelle insertion sur le marché du travail? Sécurité sociale CHSS [Internet]. 2008 [cité 10 oct 2016];(3):162-6. Disponible sur: <http://www.proinfirmis.ch/fr/pro-infirmis/vous-desirez/contexte/handicap-par-suite-de-troubles-psychiques/handicapes-psychiquesquelle-insertion-sur-le-marche-du-travail.html>
49. Pachoud B. Pratiques d'accompagnement vers l'emploi et empowerment des personnes en situation de handicap psychique. *Actualité et dossier en santé* [Internet]. sept 2013 [cité 10 juill 2016];(84):31-4. Disponible sur: <http://www.iresp.net/files/2013/04/Projet-Pachoud-Article-2.pdf>
50. Latimer E. Le soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuels » pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves: sa pertinence pour le Québec: monographie. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé [Internet]. 2008 [cité 9 janv 2016];79. Disponible sur: https://www.inessss.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Psychologie/MO-2008-01_Modele_IPS.pdf
51. Becker DR, Bond GR, Mueser KT, Torrey WC. Principes du soutien en emploi. In: Manuel de base IPS : le modèle individual placement and support (IPS) du soutien en emploi [Internet]. 2006 [cité 10 sept 2016]. p. 6. Disponible sur: http://www.espace-socrate.com/pdfs/g_ips_chapitre3_%20principesdusoutienenemploi.pdf
52. Chatel F. L'accompagnement permet de compenser le handicap. Ombres et lumière [Internet]. [cité 9 oct 2016];(202). Disponible sur: <http://ombresetlumiere.fr/article/l%20accompagnement-permet-de-compenser-le-handicap>

53. Route Nouvelle d'Alsace. Service d'Insertion en Milieu Ordinaire de Travail (SIMOT) [Internet]. Route Nouvelle Alsace. [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: http://www.r-n-a.org/page_strhome_rna/index.php
54. Le Roy Hatala C. Pratiques de soutien vers et dans l'emploi : étude. 2016 mars p. 44.
55. CIH. Comité interministériel du handicap 2016 [Internet]. Meurthe-et-Moselle; 2016 décembre [cité 9 oct 2016] p. 33. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/comite-interministeriel-du-handicap-2-decembre-2016>
56. Chatel F. Le job coaching: une méthode qui confronte au réel. Ombres et lumière [Internet]. [cité 17 janv 2017];(202). Disponible sur: <http://www.ombresetlumiere.fr/article/le-job-coaching-une-m%C3%A9thode-qui-confronte-au-r%C3%A9el>
57. VOX Auvergne-Rhônes-Alpes. Messidor développe le Job coaching/ emploi accompagné [Internet]. vox.infos.com. 2016 [cité 12 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.vox-infos.com/m-2128-messidor-developpe-le-job-coaching-emploi-accompagne-.html>
58. Campion CL, Debré I. Rapport d'information [Internet]. Sénat: session extraordinaire; 2012 Juillet [cité 8 juill 2016] p. 190. Report No.: 635. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r11-635/r11-6351.pdf>
59. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), Centre collaborateurs de l'OMS (CCOMS), Direction Interrégionale de la mer (DIRM). Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête de santé mentale en population générale. Dress - Etudes et résultats [Internet]. oct 2014 [cité 5 sept 2016];12. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er347.pdf>
60. Vidal-Naquet PA. Maladie mentale, handicap psychique: un double statut problématique. Vie sociale [Internet]. 2009 [cité 25 mars 2017];1(1):13. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2009-1-page-13.htm>
61. Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). Mal être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi [Internet]. 2011 [cité 12 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.oecd.org/fr/els/mal-etre-au-travail-mythes-et-realites-sur-la-sante-mentale-et-l-emploi-9789264124561-fr.htm>
62. Direction de la recherche des études et des statistiques (DARES). L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés: Comment les établissements s'en acquittent-ils ? [Internet]. Paris; 2016 nov [cité 8 mai 2016] p. 10. Report No.: 64. Disponible sur: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/l-obligation-d-emploi-des-travailleurs-handicapes>
63. Bonnet C, Arveiller JP. Les enjeux de l'emploi pour les personnes handicapées psychiques. L'information psychiatrique [Internet]. 2008 [cité 25 mars 2017];84(9):835. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-9-page-835.htm>

64. 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 socio-professionnelle [Internet]. 2009 Décembre [cité 10 avr 2016] p. 71. Disponible sur: http://www.handiplace.org/media/pdf/autres/emploi_droit_vivre.pdf
65. Dal'Secco E. Emploi accompagné: sésame vers le milieu ordinaire? [Internet]. handicap.fr. 2016 [cité 12 oct 2016]. Disponible sur: <https://emploi.handicap.fr/art-emploi-accompagne-handicap-1004-8895.php>

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Effet potentiel du travail sur le nombre de jours d'HTP après l'entrée en ESAT de la population totale	22
Figure 2. Evolution de la consommation de soins après l'entrée en ESAT des personnes ayant eu recours à l'HTP avant l'ESAT (%).	23
Figure 3. Evolution de la consommation de soins après l'entrée en ESAT des personnes n'ayant pas eu recours à l'HTP avant l'ESAT (%).	23
Figure 4. Tendance évolutive de l'état de santé des PSHP.	24
Figure 6. Evolution des prises en charges sur 5 ans (2007-2011).....	30
Figure 7. Evolution des prises en charges sur 5 ans pour la classe 4.....	31
Figure 8. Evolution des prises en charges sur 5 ans pour la classe 5.....	31

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Répartition de la population de l'étude par tranche d'âge.	18
Tableau II. Evolution de l'état de santé des faibles et forts consommateurs de soins.....	24
Tableau III. Intensité de prise en charge à un moment donné.	30

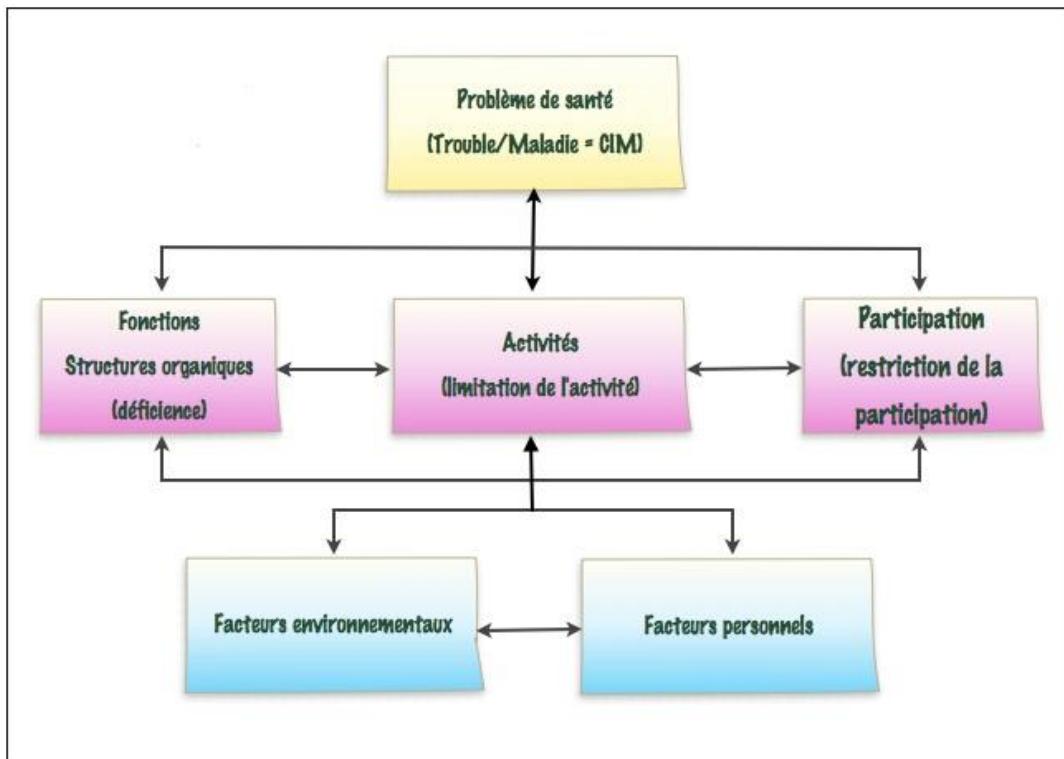
TABLE DES MATIERES

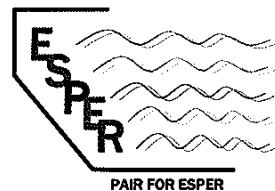
	A
INTRODUCTION	1
1. Contexte et problématique concernant le handicap psychique.....	1
2. Liminalité et insertion professionnelle.....	4
3. Déterminants du retentissement fonctionnel et de la réintégration au travail des personnes souffrant de troubles psychiques.....	7
4. Le travail a-t-il une valeur thérapeutique ?	10
5. Bouleversement des techniques d'accompagnement vers le travail.....	13
MÉTHODES	17
1. Population	17
2. Mesures.....	18
RÉSULTATS.....	20
1. Comparaison de la consommation globale de soins avant/après l'ESAT pour la population totale.....	21
2. Concernant les PSHP ayant eu recours à l'HTP avant l'ESAT	22
3. Concernant les PSHP n'ayant pas eu d'HTP avant l'ESAT.....	23
4. Faibles et forts consommateurs de soins.....	24
DISCUSSION	26
1. Résultats observés de l'étude	26
2. Biais et limites méthodologiques	26
a. Absence de groupe témoin	26
b. La question du diagnostic et de la nature de la pathologie	27
c. Absence d'information sur les antécédents socio-professionnels	27
d. Taille de l'échantillon	28
e. Fragilité du résultat	29
3. Comparaison avec une étude du DIM.....	29
4. Le travail : le point de vue de la population générale et des PSHP	32
a. Notion de travail : représentations et effets	32
b. Conséquences de la perte ou l'absence d'emploi	34
c. La problématique du retour en emploi des PSHP	36
5. Le handicap psychique	37
a. Quelques chiffres	37
b. Caractéristiques et conséquences du handicap psychique	37
c. Travail et handicap psychique	38
d. La divulgation du handicap est controversée	42
6. Difficultés soulevées et réponses proposées	43
a. Résistances dans le monde du travail	43
b. Sensibilisation de la population pour combattre les préjugés.....	46
7. Les principaux déterminants du retour à l'emploi	48
a. Les facteurs cliniques.....	49
b. Les troubles cognitifs	50
c. Facteurs de motivation	50

d.	Expérience scolaire et professionnelle.....	50
e.	Les facultés métacognitives d'appréciation de ses capacités.....	50
f.	Ressources propres à l'environnement du sujet et aptitudes sociales et relationnelles	51
g.	Les aspects propres à l'activité de travail	51
h.	La capacité à s'engager dans un projet d'activité	52
i.	Synthèse	52
8.	Les chemins de la réhabilitation des PSHP	52
a.	Place des soins de réhabilitation	52
b.	« L'empowerment » ou pouvoir d'agir	53
c.	L'éducation thérapeutique	55
d.	Le rétablissement.....	56
9.	Accompagnement et insertion professionnelle.....	58
a.	Mesures d'accompagnement des PSHP	58
b.	Méthodes de réinsertion professionnelle des PSHP	60
c.	Différence entre approche traditionnelle et l'emploi accompagné	61
d.	Résultats obtenus grâce aux nouvelles pratiques d'accompagnement	62
e.	Etat des lieux actuels et perspectives	64
f.	« Stratégie quinquennale »	65
10.	Le Job Coaching : une clé ?	66
a.	Principes du Job coaching.....	66
b.	Le job coach	66
c.	Résultats actuellement disponibles	67
CONCLUSION		68
BIBLIOGRAPHIE.....		76
LISTE DES FIGURES		83
LISTE DES TABLEAUX.....		84
TABLE DES MATIERES		85
ANNEXES.....		I

ANNEXES

Annexe I. Modèle de WOOD





CHARTE RELATIONNELLE

Cette charte pose les bases de la relation et de la communication que nous souhaitons exprimer à nos interlocuteurs.
Elle s'inspire du concept de l'intelligence collective.

Cette charte a pour objectifs :

- De nous permettre de s'exprimer et d'être entendu dans nos besoins spécifiques,
- De proposer des conditions qui sécurisent chacun dans la communication,
- D'être accueilli et pas simplement être un « invité ».

Cette charte fait appel à votre bienveillance concernant certains troubles :

- Des capacités d'attention et de concentrations plus difficiles par moment,
- Une fatigabilité,
- Une difficulté à avoir une pensée claire (si résonance émotionnelle),
- Des propos « enflammés » (difficulté à gérer les émotions),
- Une inhibition,

Mais sachez que nous mettons toute notre énergie pour mettre en place :

- Une qualité relationnelle,
- Une qualité d'échange en évitant de donner tout pouvoir à nos maladies.

Nos besoins spécifiques :

- Lire cette charte en début de séance pour nous donner confiance (mise en condition),
- Considérer que s'assoupir ou sortir du lieu n'est pas un manque d'intérêt,
- Avoir besoin de l'aide d'un facilitateur pour exprimer notre opinion,
- Avoir un temps (pause, réassurance) pour diminuer la surcharge émotionnelle,

Pour notre meilleure compréhension merci d'avoir :

- Un langage simple et accessible,
- Une explication du « Jargon » sanitaire et médico social (si nécessaire).

Pour faciliter notre compréhension, nous vous proposons que nous levions un symbole (ex : carton) signifiant un besoin d'explication complémentaire.

MERCI POUR VOTRE COOPERATION
« Pouvoir d'Agir » et « Pair for ESPER »

HENRY Camille

Bénéfice du travail sur la consommation de soins de personnes en situation de handicap psychique travaillant au sein d'un ESAT

Introduction : La fonction thérapeutique du travail en psychiatrie est reconnue depuis de nombreuses décennies. La reconnaissance du handicap d'origine psychique a permis le développement de diverses pratiques de soutien et d'accompagnement vers l'emploi. Toutefois, la recherche en santé mentale inclut rarement la question des bénéfices apportés par l'exercice d'une activité professionnelle.

Matériaux et méthodes : La population de cette étude concerne 63 personnes en situation de handicap psychique travaillant au sein de l'établissement et service d'aide par le travail (ESAT) des Bords de Loire depuis plus de deux ans et suivis par des médecins ou psychologues au Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME). La consommation de soins est évaluée sur 4 ans au total : deux ans avant l'entrée à l'ESAT et deux ans après. Pour dégager des résultats véritablement significatifs, la variable « ambulatoire » est exclue pour ne garder que la variable « hospitalière » (en nombre de jours d'hospitalisation temps plein (HTP)).

Résultats : Deux sous-populations ont pu être distinguées compte tenu de leur niveau de consommation de soins d'hospitalisation : les « faibles consommateurs » (48 personnes) et les « forts consommateurs » (15 personnes). Pour 43 des « faibles consommateurs », l'activité professionnelle ne semble pas modifier l'état de santé. Pour 14 des « forts consommateurs », la consommation de soins est divisée par 4.

Il semble donc qu'exercer une activité professionnelle pour ces personnes procure un bénéfice sur la consommation de soins avec une diminution notable du nombre de jours d'HTP. Le travail en ESAT semble donc avoir un effet positif car non seulement il stabilise l'état de santé mais aussi contribue à son amélioration.

Conclusion : Le travail conforté et son accès doit être recommandé et accompagné pour les personnes en situation de handicap. Il constitue un socle pour le rétablissement, il diminue le besoin de soins, d'assistance et est vecteur d'autonomie. Mais le parcours de ces personnes n'est pas simple et nécessite que l'on revoie nos organisations et nos dynamiques collectives pour favoriser leur inclusion sociale et leur participation à la vie citoyenne.

Mots-clés : handicap psychique, insertion professionnelle, travail, bénéfice thérapeutique, établissement et service d'aide par le travail, soin psychiatrique, hospitalisation, demande de soins

The advantage work can have on health care consumption for disabled people suffering psychological problems and working in an ESAT

Introduction : In psychiatry, the therapeutic function of work has been recognized for many decades. The recognition of psychic handicap has permitted to develop various practices to support and accompany people who want to work. However, research in mental health seldom includes the question of the benefit brought by having a job.

Materials and methods : The population in this thesis represents 63 people showing psychic handicap who have been working within an ESAT (l'établissement et service d'aide par le travail des bords de Loire) for more than two years. They are assisted by doctors or psychologists at the CESAME (Centre de Santé Mentale Angevin). The consumption of care is analysed over 4 years : two years before the entry at the ESAT and two years after. To release significant results, the "ambulatory" variable is excluded to only keep the "hospital" variable (the number of full-time days of hospitalization (HTP)).

Results : Two subpopulations have been distinguished taking into account their level of hospital care consumption : "small consumers" (48 people) and "large consumers" (15 people). For 43 of the "small consumers", having a job does not seem to modify the health status. For 14 of the "large consumers", the consumption of care is divided by 4.

It thus seems that having a job for these people represents a benefit on care consumption with an important reduction of HTP. Working in an ESAT thus seems to have a positive effect not only because it stabilizes the health status but also because it contributes to its improvement.

Conclusion : Working consolidates people health status and for disabled people, its access must be recommended and accompanied. It represents a base for re-establishment, it decreases the need for care, assistance and it is a vector of autonomy. But these people's working life is not simple and requires that our organizations be reconsidered to support their social inclusion and their participation in civic life.

Keywords: Mental disability, professional employment, work, therapeutic benefit, establishment and assistance services through work, counseling, psychiatric care, hospitalization, care demand