Académie d'Orléans –Tours

Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013-2014 N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Vinent Julien

Né le 20 mai 1985 à Grasse (06)

Présentée et soutenue publiquement le 7 octobre 2014

TITRE

Insertion professionnelle des personnes atteintes de schizophrénie

Aspects légaux, facteurs d'insertion, expériences existantes, propositions d'orientations au CHRU de Tours

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur GAILLARD, Philippe

Membres du jury : Monsieur le Professeur CAMUS, Vincent

Monsieur le Professeur Vannelle, Jean-Marie

Madame le Docteur BIOTTEAU-LACOSTE, Mélanie

Monsieur le Docteur GRAUX, Jérôme

Résumé :

L'insertion professionnelle des personnes atteintes de schizophrénie est un problème majeur de santé publique. En effet, entre 80 et 90% des patients schizophrènes sont en situation de désinsertion professionnelle. L'hôpital de jour intersectoriel de La Chevalerie dépendant du CHRU de Tours a comme activité entre autre la réhabilitation psychosociale des patients schizophrènes. L'un de ses objectifs est de favoriser l'insertion professionnelle de ses patients. Dans ce contexte, l'objet de cette thèse est, grâce à une vignette clinique illustrative du problème et d'une revue de la littérature, de faire le point sur les aspects légaux entourant la question de la réinsertion et du handicap, les critères influençant l'insertion professionnelle, les dispositifs et méthodes existants actuellement en France et à l'étranger pouvant favoriser cette insertion, et enfin d'émettre des propositions applicables afin d'améliorer l'orientation et le maintien dans l'emploi des personnes atteintes de schizophrénie. En effet, bien que le handicap psychique soit désormais officiellement reconnu en France par la Loi du 11 février 2005 qui ouvre une série de droits aux personnes atteintes de schizophrénie, de nombreux blocages limitent l'accès à l'emploi. Les difficultés liées à la stigmatisation, les capacités cognitives et les co-morbidités éventuelles des patient, le manque de passerelles entre le médical et le médico-social associées à un manque de structures adaptées au handicap psychique ainsi qu'un défaut de connaissance des travailleurs sociaux concernant le handicap psychique jouent un rôle dans ces blocages, les ESAT n'ayant pu remplir leur rôle d'aide aux usagers atteints d'un handicap psychique. Les pratiques de soutien à l'emploi importées des pays anglo-saxons peuvent permettre d'améliorer le maintien dans une activité, bien que ces pratiques ne soient pas dans la culture du pays. Par ailleurs, d'autres structures, tels que les clubhouses, les ESAT de transition et les différentes structures et associations déjà existantes facilitent une insertion professionnelle, en attente d'une insertion en milieu ordinaire ou non. Il apparait alors nécessaire de développer ce type de structures « alternatives » sur le territoire ainsi que de renforcer le lien avec les associations existantes et de favoriser des campagnes anti-stigmatisation et d'informations touchant la population générale, et plus particulièrement les travailleurs sociaux impliqués dans la réinsertion de ces nouveaux usagers. La pratique et le développement des programmes de psycho-éducation, d'habiletés sociales et de remédiation cognitive également. Tous ces outils, mis bout à bout, ont montré une efficacité dans l'insertion professionnelle de ce profil de patients.

Summary :

Vocational incomes of people with schizophrenia is a major public health problem. Indeed, between 80 and 90% of schizophrenic patients are experiencing professional withdrawal. The intersectoral day-hospital La Chevalerie dependent CHRU of Tours as activity between other psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients. One of its objectives is to promote the integration of its patients. In this context, the purpose of this thesis is through an illustrative vignette of the problem and a review of the literature, to provide an update on the legal aspects surrounding the issue of rehabilitation and disability the criteria influencing employability, existing systems and methods currently in France and abroad can promote this integration, and finally to make proposals to improve the applicable guidance and job retention of people with schizophrenia. Indeed, although the mental disability is now officially recognized in France by the Law of 11 February 2005 that opens a series of rights for people with schizophrenia, many obstacles limiting access to employment. The difficulties associated with stigma, cognitive abilities and potential co-morbidities of the patient, lack of links between the medical and nursing home associated with a lack of adequate facilities to mental disability and a lack of knowledge of workers on social psychological disabilities, cumulatively, have a role, ESAT could not fulfill their role in assisting users with a mental disability. Practices employment support imported from English-speaking countries can improve retention activity, although these practices are not in the country's culture. Otherwise structures, such as clubhouses, ESAT transition and the various existing structures and associations facilitate professional integration, awaiting insertion in the mainstream or not. It then seems necessary to develop this type of "alternative" structures in the territory as well as to strengthen the link with existing organizations and promote anti-stigma and information affecting the general population and especially the countryside social workers involved in the rehabilitation of these new users. Practice and development programs psychoeducation, social skills and cognitive remediation as well. All these tools, put together, have shown efficacy in the employability of these patients.

Mots-clés : insertion professionnelle, schizophrénie, handicap psychique, réhabilitation

Key-Words : vocationnal incomes, schizophrenia, social disavantage, rehabilitation

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, Pédagogie

Professeur Mathias BUCHLER, Relations internationales

Professeur Hubert LARDY, Moyens – relations avec l'Université

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine générale

Professeur François MAILLOT, Formation Médicale Continue

Professeur Philippe ROINGEARD, Recherche

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972

Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994

Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET

Professeur Jean-Claude BESNARD

Professeur Patrick CHOUTET

Professeur Guy GINIES

Professeur Olivier LE FLOCH

Professeur Etienne LEMARIE

Professeur Chantal MAURAGE

Professeur Léandre POURCELOT

Professeur Michel ROBERT

Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINE - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D.SAUVAGE - M.J. THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM. ALISON Daniel ..... Radiologie et Imagerie médicale

ANDRES Christian ..... Biochimie et Biologie moléculaire

ANGOULVANT Denis ..... Cardiologie

ARBEILLE Philippe ..... Biophysique et Médecine nucléaire

AUPART Michel ..... Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

BABUTY Dominique ..... Cardiologie

Mme BARILLOT Isabelle ..... Cancérologie ; Radiothérapie

M. BARON Christophe ..... Immunologie

Mme BARTHELEMY Catherine ..... Pédopsychiatrie

MM. BAULIEU Jean-Louis ..... Biophysique et Médecine nucléaire

BERNARD Louis ..... Maladies infectieuses ; maladies tropicales

BEUTTER Patrice ..... Oto-Rhino-Laryngologie

BINET Christian ..... Hématologie ; Transfusion

BODY Gilles ..... Gynécologie et Obstétrique

BONNARD Christian ..... Chirurgie infantile

BONNET Pierre ..... Physiologie

Mme BONNET-BRILHAULT Frédérique ..... Physiologie

MM. BOUGNOUX Philippe ..... Cancérologie ; Radiothérapie

BRILHAULT Jean ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique

BRUNEREAU Laurent ..... Radiologie et Imagerie médicale

BRUYERE Franck ..... Urologie

BUCHLER Matthias ..... Néphrologie

CALAIS Gilles ..... Cancérologie ; Radiothérapie

CAMUS Vincent ..... Psychiatrie d'adultes

CHANDENIER Jacques ..... Parasitologie et Mycologie

CHANTEPIE Alain ..... Pédiatrie

COLOMBAT Philippe ..... Hématologie ; Transfusion

CONSTANS Thierry..... Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement

CORCIA Philippe ..... Neurologie

COSNAY Pierre..... Cardiologie

COTTIER Jean-Philippe ..... Radiologie et Imagerie médicale

COUET Charles ..... Nutrition

DANQUECHIN DORVAL Etienne ..... Gastroentérologie ; Hépatologie

DE LA LANDE DE CALAN Loïc ..... Chirurgie digestive

DE TOFFOL Bertrand ..... Neurologie

DEQUIN Pierre-François ..... Thérapeutique ; médecine d'urgence

DESTRIEUX Christophe ..... Anatomie

DIOT Patrice ..... Pneumologie

DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague ... Anatomie & Cytologie pathologiques

DUMONT Pascal ..... Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

EL HAGE Wissam ..... Psychiatrie adultes

FAUCHIER Laurent ..... Cardiologie

FAVARD Luc ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique

FOUQUET Bernard ..... Médecine physique et de Réadaptation

FRANCOIS Patrick..... Neurochirurgie

FROMONT-HANKARD Gaëlle ..... Anatomie & Cytologie pathologiques

FUSCIARDI Jacques ..... Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence

GAILLARD Philippe ..... Psychiatrie d'Adultes

GOGA Dominique ..... Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie

GOUDEAU Alain ..... Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière

GOUPILLE Philippe ..... Rhumatologie

GRUEL Yves ..... Hématologie ; Transfusion

GUERIF Fabrice ..... Biologie et Médecine du développement et de la reproduction

GUILMOT Jean-Louis ..... Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire

GUYETANT Serge ..... Anatomie et Cytologie pathologiques

HAILLOT Olivier ..... Urologie

HALIMI Jean-Michel ..... Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)

HANKARD Regis ..... Pédiatrie

HERAULT Olivier ..... Hématologie ; transfusion

HERBRETEAU Denis ..... Radiologie et Imagerie médicale

Mme HOMMET Caroline ..... Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement

MM. HUTEN Noël ..... Chirurgie générale

LABARTHE François ..... Pédiatrie

LAFFON Marc ..... Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence

LARDY Hubert ..... Chirurgie infantile

LASFARGUES Gérard ..... Médecine et Santé au Travail

LAURE Boris..... Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

LEBRANCHU Yvon ..... Immunologie

LECOMTE Thierry ..... Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LESCANNE Emmanuel ..... Oto-Rhino-Laryngologie

LINASSIER Claude ..... Cancérologie ; Radiothérapie

LORETTE Gérard..... Dermato-Vénéréologie

MACHET Laurent ..... Dermato-Vénéréologie

MAILLOT François ..... Médecine Interne

MARCHAND-ADAM Sylvain ..... Pneumologie

MARRET Henri ..... Gynécologie et Obstétrique

MARUANI Annabel ..... Dermatologie

MEREGHETTI Laurent ..... Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière

MORINIERE Sylvain ..... O.R.L.

MULLEMAN Denis ..... Rhumatologie

PAGES Jean-Christophe ..... Biochimie et biologie moléculaire

PAINTAUD Gilles ..... Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique

PATAT Frédéric ..... Biophysique et Médecine nucléaire

PERROTIN Dominique ..... Réanimation médicale ; médecine d'urgence

PERROTIN Franck ..... Gynécologie et Obstétrique

PISELLA Pierre-Jean ..... Ophtalmologie

QUENTIN Roland ..... Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière

ROBIER Alain ..... Oto-Rhino-Laryngologie

ROINGEARD Philippe ..... Biologie cellulaire

ROSSET Philippe ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique

ROYERE Dominique ..... Biologie et Médecine du développement et de la reproduction

RUSCH Emmanuel ..... Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention

SALAME Ephrem ..... Chirurgie digestive

SALIBA Elie ..... Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction

Mme SANTIAGO-RIBEIRO Maria ..... Biophysique et Médecine Nucléaire

MM. SIRINELLI Dominique ..... Radiologie et Imagerie médicale

THOMAS-CASTELNAU Pierre ..... Pédiatrie

Mme TOUTAIN Annick ..... Génétique

MM. VAILLANT Loïc ..... Dermato-Vénéréologie

VELUT Stéphane ..... Anatomie

WATIER Hervé ..... Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie ..... Médecine Générale

MM. HUAS Dominique ..... Médecine Générale

LEBEAU Jean-Pierre ..... Médecine Générale

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs

POTIER Alain ..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ANGOULVANT Theodora ..... Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

M. BAKHOS David ..... Physiologie

Mme BAULIEU Françoise..... Biophysique et Médecine nucléaire

M. BERTRAND Philippe ..... Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication

Mme BLANCHARD Emmanuelle ..... Biologie cellulaire

BLASCO Hélène..... Biochimie et biologie moléculaire

MM. BOISSINOT Eric ..... Physiologie

DESOUBEAUX Guillaume ..... Parasitologie et mycologie

Mme DUFOUR Diane ..... Biophysique et Médecine nucléaire

M. EHRMANN Stephan ..... Réanimation médicale

Mme FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie ..... Anatomie et Cytologie pathologiques

M. GATAULT Philippe ..... Nephrologie

Mmes GAUDY-GRAFFIN Catherine..... Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière

GOUILLEUX Valérie ..... Immunologie

MM. GYAN Emmanuel ..... Hématologie, transfusion

HOARAU Cyrille..... Immunologie

HOURIOUX Christophe ..... Biologie cellulaire

Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique..... Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière

LE GUELLEC Chantal ..... Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique

MACHET Marie-Christine ..... Anatomie et Cytologie pathologiques

MM. PIVER Eric ..... Biochimie et biologie moléculaire

ROUMY Jérôme ..... Biophysique et médecine nucléaire in vitro

Mme SAINT-MARTIN Pauline ..... Médecine légale et Droit de la santé

MM. SAMIMI Mahtab ..... Dermatologie

TERNANT David ..... Pharmacologie – toxicologie

Mme VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie ... Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière

M. VOURC'H Patrick ..... Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes BOIRON Michèle ..... Sciences du Médicament

ESNARD Annick ..... Biologie cellulaire

M. LEMOINE Maël ..... Philosophie

Mme MONJAUZE Cécile ..... Sciences du langage - Orthophonie

M. PATIENT Romuald ..... Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes HUAS Caroline ..... Médecine Générale

RENOUX-JACQUET Cécile ..... Médecine Générale

M. ROBERT Jean..... Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M. BOUAKAZ Ayache ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930

Mmes BRUNEAU Nicole ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930

CHALON Sylvie ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930

MM. COURTY Yves ..... Chargé de Recherche CNRS – U 618

GAUDRAY Patrick ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292

GOUILLEUX Fabrice..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292

Mmes GOMOT Marie ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930

HEUZE-VOURCH Nathalie ..... Chargée de Recherche INSERM – U 618

MM. LAUMONNIER Frédéric ..... Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930

LE PAPE Alain ..... Directeur de Recherche CNRS – U 618

Mmes MARTINEAU Joëlle ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930

POULIN Ghislaine ..... Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour la Faculté de Médecine

Mme BIRMELE Béatrice ..... Praticien Hospitalier (éthique médicale)

M. BOULAIN Thierry ..... Praticien Hospitalier (CSCT)

Mme CRINIERE Lise ..... Praticien Hospitalier (endocrinologie)

M. GAROT Denis ..... Praticien Hospitalier (sémiologie)

Mmes MAGNAN Julie ..... Praticien Hospitalier (sémiologie)

MERCIER Emmanuelle ..... Praticien Hospitalier (CSCT)

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme DELORE Claire .... Marie ..... Praticien Hospitalier

MONDON Karl ..... Orthophoniste

MM. GOUIN Jean-

Praticien Hospitalier

Mme PERRIER Danièle ..... Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme LALA Emmanuelle ..... Praticien Hospitalier

M. MAJZOUB Samuel ..... Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.
Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements :

Au Professeur Philippe Gaillard, Président de mon jury, que j'ai rencontré au début de mon internat et qui, par ses anecdotes et sa passion, m'a motivé durant tout mon internat à poursuivre dans cette voie,

Au Professeur Vincent Camus, Responsable de notre enseignement de D.E.S. et membre de mon jury, qui m'a accompagné toutes ces années par la grande qualité de la formation qu'il nous a dispensé,

Au Professeur Jean-Marie Vannelle du C.H.U. de Nantes, qui m'a fait l'honneur de participer à mon jury,

Au Docteur Mélanie Biotteau-Lacoste, ma Directrice de thèse, qui m'a énormément soutenu dans la rédaction de cette thèse, qui a fait preuve de beaucoup de patience à mon égard et qui m'a guidé et encouragé tout au long de cette rédaction, à toutes les étapes,

Au Docteur Jérôme Graux, Membre de mon jury, dont j'ai pu observer le travail concret de réhabilitation psychosociale au sein de l'hôpital de jour, que j'ai pu suivre dans ses rencontres avec de nouveaux partenaires sociaux, et qui m'a guidé dans mon travail de recherche en me proposant tout une série de pistes à explorer,

Aux Professeurs Catherine Barthélémy et Frédérique Bonnet-Brilhault pour leur enseignement de la Pédopsychiatrie et leur intérêt marqué pour la recherche,

A tous mes maitres de stage, qui m'ont appris tellement de choses et qui m'ont formé : Docteur Bernard Villatte, Docteur Bertrand Michel, Docteur Laurence Joly, Docteur Dorina Cristéa, Docteur Vincent Rouyer, Docteur Canan Ozsancak, Docteur Fayçal Goumeidane, Docteur Christine Gailliard, ainsi que Docteur Gérard Gailliard qui m'a accordé sa confiance,

A tout le personnel médical et paramédical que j'ai eu plaisir à rencontrer et pour l'accueil qu'ils m'ont réservé,

A tous ces patients, si nombreux et qui ont tellement enrichi ma pratique quotidienne et à venir,

A tous mes amis, co-internes ou chefs, avec qui j'ai vécu tous ces moments uniques et gravés dans ma mémoire : Tiffany, Julia H., Fanny, Catherine, Michael, Marion, Guillaume, Jean-Baptiste, Julia S., Morgane, Adrien, Hussein, Elsa, Jeanne, Ariel, Romain, Natacha, David, Cyril, Stephen, Julie G., Antoine, Xavier, Julie F., Laure, Hélène-Marie, Sarah, Pierre-Guillaume, Delphine, Marie, et tous les autres,

A Hanane, qui a été si merveilleuse et si soutenante dans la rédaction de cette thèse, et qui m'a tant communiqué sa passion et son enthousiasme, notamment de l'orthophonie,

A ma famille qui m'a également beaucoup soutenu, je pense à ma mère qui m'a toujours encouragé et qui a toujours eu confiance en moi, à mon père, présent et disponible malgré la distance depuis le Brésil, à ma tante qui m'a toujours montré sa préoccupation pour moi,

…et à mes grands-parents décédés qui, par leur éducation m'ont aussi inculqué à leur manière les valeurs de travail, de générosité et de respect des autres.

Sommaire

Introduction 15
Vignette clinique : le cas de madame C. 18
I. Le handicap : définition, rappel historique, modèles théoriques, législation ancienne et cadre législatif actuel. 27
A. Réadaptation, réhabilitation, handicap : définitions, historique, modèles 27
1. Définitions 27
2. Le modèle Déficience-Incapacité-Handicap de Wood, la CIDIH et l'évolution vers la notion de « handicap social » 31
3. Modèle stress-vulnérabilité de la schizophrénie 33
B. Aspects légaux 34
1. Historique de la législation en France 34
2. Loi du 11 février 2005, « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » 35
3. Spécificité du handicap psychique 40
4. Handicap psychique et pratiques en santé mentale : amélioration de l'articulation sanitaire et sociale 42
5. Courant de réhabilitation psychosociale 44
C. Le rapport Robiliard de 2013 sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie 49
II. Facteurs influençant la réhabilitation psychosociale et l'insertion professionnelle des patients schizophrènes 52
Problématique de la stigmatisation 54
III. Expériences au niveau local, en France et à l'étranger 58
A. Expériences locales 59
1. L'association AIR 59
2. L'association ARPS/Synergence 61
B. Structures et programmes d'insertion professionnelle : expériences en France et à l'étranger 72
1. Les centres de référence de la région Rhône-Alpes 63
2. L'expérience du réseau Galaxie 65
3. Les pratiques de soutien à l'emploi, ou « job-coaching » 71
4. Les « entreprises sociales », ou « coopératives sociales » 74
5. Les ESAT de transition de l'association Messidor : Un exemple d'ESAT à dominante handicap psychique 78
6. L'association Clubhouse France 82
7. Le réseau ESATITUDE de la Côte d'Azur 85
IV. Discussion 86
A. A propos de la stigmatisation : information, éducation, campagnes de communication 86
B. Encourager les facteurs favorisants un retour à l'emploi à un stade précoce de la prise en charge 88
C. Du lien avec les partenaires sociaux au centre de référence multidisciplinaire 89
V. Conclusion 91
Bibliographie 93
Annexes 100

Introduction

La réhabilitation psycho-sociale et l'insertion ou réinsertion professionnelle (ou retour à l'emploi) des personnes atteintes de pathologie mentale, plus particulièrement dans le cas de la schizophrénie, constituent un enjeu majeur en terme de santé publique.

De nombreuses études ont montré que les pathologies psychiatriques, en particulier la schizophrénie, étaient source de handicap et représentaient une cause importante d'arrêts de travail.

Selon le rapport 2009 de l'Organisation Mondiale de la Santé, 5 des 10 pathologies les plus préoccupantes pour le XXIème siècle sont d'ordre mental. Ces troubles représentent la 1ère cause d'invalidité dans le monde (1).

Le taux de désinsertion professionnelle concernant les personnes atteintes de pathologie mentale est très élevé, quelque soit le pays. Ce taux a été estimé à 80 à 90% selon les études et les pays (2–5).

Les coûts pour la société liés à cet arrêt d'activité sont également importants. En France les maladies psychiatriques affectent une personne sur cinq et coûtent 107 milliards d'euros par an, soit : 20 milliards d'euros de dépenses directes (sanitaires et médico-sociales), plus 87 milliards d'euros de dépenses indirectes (arrêts de travail, perte de qualité de vie), l'équivalent du tiers des dépenses de l'Etat (6).

En 2005, le coût lié à la désinsertion professionnelle au Royaume-Uni concernant les personnes atteintes de Schizophrénie, tant pour les personnes que pour la société, a été estimée à 3,4 milliards de livres. Aux Etats-Unis, les coûts directs de traitement de la schizophrénie, incluant des traitements médicamenteux, soins ambulatoires, hospitalisation et prise en charge au long cours, ont été estimées à 22,7 milliards de dollars en 2002. Les coûts indirects sont encore plus importants : 32,4 milliards aux Etats-Unis en 2002. Ces coûts ont été attribués à une perte de productivité, une mortalité prématurée et les coûts pour les aidants naturels (3).

Les études semblent montrer que le maintien ou le retour à l'emploi des personnes atteintes de pathologie mentale étaient associés à une meilleure qualité de vie et un mieux-être global et peut également offrir des avantages financiers supplémentaires tant pour les individus concernés que pour la société (7–9).

Cette désinsertion professionnelle représenterait également la part principale d'une désinsertion sociale plus large. En 2005, une étude a estimée que le coût de la schizophrénie en Angleterre était estimé à 3,4 milliards de livres (10). Face à ce coût, le gouvernement anglais a commencé à encourager le secteur médical et social à favoriser le retour à l'emploi des personnes atteintes de pathologie mentale.

Les études montreraient également que le fait d'obtenir un emploi aurait un impact positif dans les différents domaines de la vie des patients, mais qu'ils se confrontaient à de multiples obstacles : peu d'opportunités, mauvaise estime de soi, faire face à la pression du travail tout en gérant leur propres difficultés psychiques, stigmatisation, peu d'intérêt pour les employeurs à embaucher une personne atteinte de pathologie mentale. En outre, la littérature a mis en évidence une participation insuffisante des services de santé mentale pour répondre aux besoins de soutien des individus à rechercher, obtenir et conserver un emploi par la suite (11).

Désormais, on sait également que la schizophrénie est une pathologie chronique, avec une évolution qui tend vers une aggravation clinique et psychosociale, et que ce déclin est particulièrement fort lors des 5 premières années après l'apparition de la maladie (12). Elle justifie une prise en charge à 100% (au titre de l'affection longue durée) et l'arrêt ou l'absence d'activité professionnelle due à ce handicap justifie pleinement une prise en charge par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) avec obtention d'une Allocation Adulte Handicapée (AAH).

Parallèlement, ces patients présentent certaines attentes par rapport au travail: Rosenheck et al. ont évalué les attentes des patients quant à leur état clinique dans une population de 1280 sujets souffrant de schizophrénie traitée. En terme de devenir (« *outcome* ») dans cette population, les patients décrivent comme attente prioritaire l'amélioration de la «confusion» (notion probablement assimilée à la désorganisation), mais également l'amélioration de «l'énergie», des symptômes psychotiques et des capacités de travail. Il existe dans cette population un sous-groupe de 666 patients qui considèrent comme prioritaires l'amélioration fonctionnelle, en particulier les capacités, de travail, la vie sociale et l'énergie. Ces résultats démontrent que les patients souffrant de schizophrénie ont des attentes fortes vis-à-vis de leurs capacités de travail et de leurs possibilités d'insertion professionnelle (8–10).

Concernant les traitements médicamenteux, les traitements antipsychotiques représentent le

traitement de base, indispensable aux patients schizophrènes, en terme de diminution des symptômes positifs, mais présentent peu d'effets sur les symptômes négatifs, les déficits cognitifs et le fonctionnement psychosocial, voir peuvent les aggraver dans certains cas. De plus, l'adhésion au traitement est souvent de mauvaise qualité et une mauvaise observance au traitement est associée à un fort taux de rechutes et d'hospitalisations (13).

Les prises en charge en psychothérapie (incluant la psychoéducation), mais également la réhabilitation psychosociale deviennent des pistes privilégiées de prise en charge, en ce sens que la réhabilitation prend en compte les déficits et handicaps de la personne et a pour but de développer un meilleur fonctionnement psychosocial avec de meilleures possibilités en terme de retour à l'emploi (3).

L'Espace de la Chevalerie, hôpital de jour intersectoriel (37G02-37G03) situé à Tours Nord, propose ce type de prise en charge et tend à développer des projets de réinsertion de patients atteints de pathologies mentales handicapantes, en particulier de schizophrénie.

Dans ce contexte, le but de cette thèse est de faire le point sur la question de l'insertion professionnelle concernant ce type de sujets via une revue de la littérature, ainsi que de proposer des solutions afin de faciliter cette insertion sur notre territoire.

A défaut de pouvoir proposer une étude de cohortes de patients suivis en projet de réinsertion, faute d'une population suffisante, il est présenté le cas clinique d'un sujet suivi sur notre hôpital de jour dans un projet de reprise professionnelle, afin d'étayer la discussion et de soulever un questionnement sur cette problématique.

Il s'agira de revenir sur la législation ancienne et récente concernant le handicap et la réinsertion, notamment au travers de la loi du 11 février 2005, loi-cadre actuelle du handicap en France.

Il s'agira également de faire le point sur les facteurs pouvant interférer avec l'insertion professionnelle, en particulier l'un d'entre eux qui nous semble majeur : la stigmatisation.

Nous évoquerons les structures présentes sur le département avec qui nous établissons des partenariats ou avec lesquelles nous aurions l'intention d'en créer et nous donnerons certains exemples de structures ou programmes en France ou à l'étranger qui nous semblent intéressants et pouvant faciliter cette insertion professionnelle.

Enfin, nous développerons une discussion sur les outils à mettre en place afin de faciliter l'orientation vers un projet d'insertion professionnel plus efficace au sein du CHRU de Tours.

Vignette clinique : le cas de madame C.

Notre sujet est madame C., patiente actuellement âgée de 40 ans. Cette patiente a été diagnostiquée schizophrène en 1999, elle avait alors 25 ans, durant une première hospitalisation suite à une tentative d'autolyse médicamenteuse.

Au niveau de sa biographie : Ses parents sont retraités, son père était physicien, sa mère secrétaire. Madame C. est issue d'une fratrie de 3 enfants, une sœur ainée anesthésiste, un frère cadet dont on a peu de détails mais qui serait atteint d'une épilepsie grave depuis de nombreuses années. Durant son enfance elle était décrite comme discrète, bonne élève en classe, avait de bonnes relations avec ses camarades de classe, sans difficultés particulières. Jusqu'à aujourd'hui madame C. a pratiquement toujours vécue chez ses parents. Elle est célibataire, sans enfants.

Au niveau de son parcours scolaire et professionnel, par ordre chronologique :
-1993 : obtention du Bac série S,
-1994 : obtention du BAFA (brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur),
-1995 : obtention d'un Deug sciences de la nature et de la vie,
-1995 : bénévolat/encadrement de jeunes au sein d'un club de tennis,
-1998 : obtention d'un Brevet de surveillant de baignade,
-1998 : obtention d'une Licence de chimie,
-1999 : cours à des élèves du CP à la Terminale au sein d'une entreprise de soutien scolaire,
-1999 : 1° année effectuée à l'IUFM (Institut Universitaire de Formation des Maitres) avec stages en école primaire, sans succès,
-1999-2000 : surveillante intermittente de restaurant scolaire en C.D.D.,
-2000 : emploi jeune aide-informatique en lycée agricole durant 6 mois,
-2001 : emploi aide-technique dans un laboratoire de biochimie en hôpital en C.D.D.,
-2001 : emploi aide-informatique à l'université en C.D.D.,
-2002 : formation commerciale confirmée effectuée au sein d'un supermarché,
-2002-2009 : emploi caissière en supermarché,
-2007 : formation SCO (caisse automatique) au sein d'un supermarché,
-2007 : remise à niveau premiers secours.

Par la suite, elle a été mise en arrêt-maladie en 2009 suite à une probable décompensation psychotique, puis en statut handicapé avec obtention d'une AAH.

Au niveau des antécédents médicaux : une maladie de Basedow diagnostiquée et traitée en 1999, supplémentée au long cours par Lévothyroxine (hormone thyroïdienne). Elle est migraineuse et sujette aux malaises vagaux. Au niveau chirurgical, elle a subit une amygdalectomie durant l'enfance et une appendicectomie au début de l'âge adulte.

Au niveau psychiatrique : cette patiente a été diagnostiquée schizophrène en 1999 suite à une première tentative de suicide par Ingestion Médicamenteuse Volontaire (IMV). Depuis, elle a effectuée plusieurs passages à l'acte auto-agressifs, essentiellement des tentatives de suicide par IMV et a été hospitalisée à plusieurs reprises en psychiatrie de secteur et en clinique.

Plusieurs antipsychotiques ont été testés chez elle, avec une efficacité ou une observance médiocres: Aripiprazole, Risperidone, puis Halopéridol. Sa dernière hospitalisation remonte à juin 2011, adressée aux urgences depuis le domicile familial par sa mère pour une nouvelle IMV (notion de 20 comprimés de Loxapine 50 mg) avec réelle intention létale, dans un contexte probable de décompensation psychotique. Son traitement à l'entrée : Halopéridol 30 mg/j, Loxapine 100 mg/j, Levothyroxine 50µg/j, Trihexyphénidyle chlorhydrate 10 mg/j.

D'après le compte-rendu d'hospitalisation, elle présentait des idées délirantes à type de grandeurs et de persécutions, à mécanismes imaginatif et interprétatif associées à des idées délirantes de culpabilité (se sentait responsable de tous les maux de la terre). Elle présentait également des éléments de désorganisation, avec des discours incohérents et diffluents, un relâchement des associations et des coqs à l'âne. L'adhésion au délire était totale, avec des manifestations d'angoisse massive. On notait également une tristesse de l'humeur avec athymhormie et anhédonie. A l'entrée il n'y avait pas de critique du passage à l'acte, les idées suicidaires étaient toujours présentes. Peu d'explications données sur les raisons de ce passage à l'acte.

Une T.D.M. cérébrale ainsi qu'un E.E.G. ont été réalisés durant l'hospitalisation, ces examens se sont révélé sans particularités.

Devant la faible efficacité supposée de l'Halopéridol, un traitement par Clozapine à été introduit en remplacement. Durant l'hospitalisation, il est noté une amélioration de la symptomatologie psychiatrique avec une critique partielle de ses idées délirantes, une disparition des idées suicidaires, ainsi qu'une amélioration au niveau de la communication

avec un discours plus fluide et plus cohérent. Elle restait cependant très effacée dans le service, avec peu de contacts avec les autres.

Par la suite, elle a été suivie et prise en charge en Centre Médico-Psychologique (CMP) jusqu'en 2012. Il n'y a pas de notion d'hospitalisation ou de consultation aux urgences sur cette période-ci.

Au moment de la prise en charge en hôpital de jour, elle était donc sans emploi et sans démarches professionnelles envisagées.

Début de la prise en charge en hôpital de jour : début 2012, une première consultation à l'hôpital de jour de la Chevalerie est proposée par son psychiatre référent de secteur, en vu d'une admission, avec pour objectif premier une resocialisation, et par la suite une évaluation pour une réinsertion sur le plan professionnel.

Sur le plan clinique, le tableau est alors dominé par la symptomatologie négative avec une aboulie, un apragmatisme, un émoussement affectif et un retrait social. L'insight est décrit comme médiocre. Elle semble méconnaitre sa pathologie. Il persiste des idées délirantes qu'elle critique à minima (humanisation de son chien, intuitions autour d'une 3ème guerre mondiale…).

Au niveau de l'évaluation de l'autonomie : l'échelle d'auto-évaluation des difficultés et des besoins (ELADEB) est difficile à faire passer. Les difficultés et les besoins de la patiente se retrouvent surtout dans 2 domaines : le travail et la santé psychique.

Lors de la deuxième consultation, il lui est proposé l'activité « jeu compétence », qui est un entrainement aux habiletés sociales, une demi-journée par semaine ainsi qu'un suivi pour une réinsertion professionnelle, afin de mieux définir ses projets.

Auprès de son psychiatre référent, elle s'est dite dit satisfaite de l'activité « jeu compétence », en estimant que cela lui permet de davantage communiquer avec les autres, mais redoutait d'être en difficulté si les exercices proposés en séance devenaient plus complexes.

Afin de mieux cibler ses compétences et déficits et d'adapter sa prise en charge, un bilan de ses facultés cognitives est effectué :

L'évaluation subjective des troubles cognitifs (Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia ou SSTICS) est estimée à 60, objectivant des troubles cognitifs et confirmée

par des troubles mnésiques majeurs durant l'entretien. La patiente se dit consciente de ses difficultés cognitives et dit en souffrir.

Synthèse du bilan neuropsychologique réalisé courant 2012 :

-Points forts : pas de difficulté voir niveau supérieur à la moyenne pour la logique. Peu de difficultés attentionnelles. Bonne motivation.

-Points faibles : vitesse de traitement, mémoire, capacité métacognitive avec une sous-évaluation de ses performances.

Durant la séance de restitution du bilan, il lui est proposé de débuter un programme de remédiation cognitive type CRT (Cognitive Remediation Therapy) à la rentrée.

Par ailleurs, son père, souvent présent durant les entretiens et s'impliquant dans la prise en charge de sa fille, a demandé à intégrer un groupe de psychoéducation parentale, il lui est proposé le groupe Pro-famille).

Dans les mois suivants, la présentation de la patiente est stable. Elle dit faire des progrès sur le plan des habiletés sociales. Elle se sent par contre en difficulté quand il s'agit d'écouter les consignes (perd le fil au cours d'une phrase). Une meilleure gestion de son temps et de son traitement est notée depuis qu'elle utilise un agenda papier. La patiente accepte la proposition de suivi intégral à La Chevalerie, dont la consultation mensuelle pour le renouvellement de la Clozapine.

Fin septembre 2012 : la patiente est notée comme moins désorganisée, un peu plus à l'aise dans la relation. L'émoussement affectif reste important, avec des difficultés persistantes de confiance en soi. Elle va désormais à l'activité théâtre. Elle est très assidue au programme CRT. Elle évoque également différents projets…reprendre des cours à la faculté de psychologie, remise à niveau en conduite automobile…

Novembre 2012 : On note une persistance des pensées catastrophiques (fin du monde, conviction d'avoir une maladie grave) avec tristesse de l'humeur associée. Un renforcement est fait sur les progrès réalisés en CRT et à l'activité théâtre. Elle décrit une anxiété anticipatoire importante par rapport au théâtre.

Fin 2012 : un entretien avec ses parents évoque une amélioration clinique globale depuis l'introduction de la Clozapine mais avec des effets secondaires importants : sédation, prise de poids (notion de prise de 14 kg depuis l'introduction du traitement en juin 2011),

hypersialorrhée avec un doute sur des fausses routes à la déglutition. Il lui est proposé de diminuer le traitement, avec une Clozapinémie prescrite pour le mois suivant. Une prise en charge diététique est discutée. Par ailleurs, la patiente a de nouveau présentée des épisodes ponctuels de malaises d'allure vagale ces derniers mois, en voie d'exploration par son médecin traitant.

Début 2013 : des progrès en activités sont constatés. Elle envisage de reprendre la conduite automobile. Il lui est conseillé de reprendre des leçons d'évaluation de ses capacités à conduire. Elle ressent également des progrès sur la mémoire. Elle présente des moments ponctuels d'angoisse, avec parfois un vécu quasi-mélancoliforme (forte culpabilité sur des éléments réels ou non). Il lui est proposé un groupe de psychoéducation et de refaire ponctuellement des exercices du CRT.

Mai 2013 : il lui est prescrit de la Lamotrigine en supplément du traitement de fond sur les symptômes thymiques psychotiques récurrents (impression de fin du monde, troubles cénesthésiques, etc…).

Les mois suivants, il est noté une nette amélioration clinique : meilleur contact, plus grande spontanéité. Elle semble moins angoissée, avec une disparition des sensations corporelles anormales. Parle spontanément des effets secondaires liés à la Clozapine: prise de poids, hypersalivation. Semble être davantage motivée à faire des efforts sur son alimentation depuis que les angoisses ont diminuées. Elle est encouragée à aller voir une diététicienne.

De plus, pour la première fois elle s'exprime de manière spontanée sur ses « voix » : elle décrit des hallucinations auditives verbales à type de commentaire des actes prenant la forme de voix de personnes de sa famille. L'explication qu'elle en donne reste toutefois assez hermétique.

Rentrée de septembre 2013 : elle est orientée vers Synergence 37, association locale spécialisée dans la réinsertion des personnes en situation de handicap psychique, afin de proposer un réentrainement cognitif et de travailler sur le projet professionnel.

En activités, il lui est également proposé de continuer le théâtre et de commencer un groupe de gestion de symptômes en octobre. Pour ce qui est du suivi diététique en ville, elle semble ambivalente et modérément motivée, elle explique qu'elle souhaite débuter le suivi, mais ressent le besoin d'être accompagnée dans cette démarche.

Octobre 2013: afin de diminuer les effets secondaires du traitement, il est convenu avec la patiente d'essayer un switch de la Clozapine par l'Aripiprazole, bien que ce traitement fût essayé chez elle il y a plusieurs années. La patiente est d'accord pour reprendre la Clozapine s'il existe une majoration des symptômes psychotiques.
L'échelle ELADEB est repassée chez elle, la patiente élabore davantage ses réponses par rapport à la première passation de l'échelle mais présente des difficultés pour répondre en raison d'une sensation d'angoisse lors de la passation. Les idées délirantes sont très présentes: notion d'une 3ème guerre mondiale dont elle serait responsable et pour laquelle elle dit avoir été « torturée ». Elle exprime une fatigue, des troubles du sommeil, ainsi que des difficultés persistantes à se concentrer, et ne parvient pas à dégager des priorités pour elle, hormis son problème de surpoids.

Début 2014 :
Le switch Clozapine/Aripiprazole est poursuivi, les troubles cénesthésiques sont toujours présents mais peu d'idées délirantes de fin du monde sont exprimées. Il n'y a pas de recrudescences hallucinatoires évidentes, elle présente une meilleure tolérance en terme de salivation mais pas de changement franc sur la sédation. Une akathisie discrète imputée à l'Aripiprazole est notée, peu gênante pour elle. Un arrêt total de la Clozapine est prescrit ce jour.
En prévision du bilan professionnel effectué par Synergence, il est discuté en entretien médical de la période de transition, de l'intérêt de rester dans une dynamique d'activités. Il commence à être évoqué un travail au sein d'associations caritatives, notamment le Secours Populaire. Elle décide également de s'inscrire à une bibliothèque. Le groupe gestion de symptômes se termine, l'activité théâtre se poursuit.

Une synthèse est faite sur le bilan professionnel dressé par Synergence. Les nouveaux objectifs fixées par l'association sont :
- de reprendre un rythme de travail,
- de mieux communiquer avec les autres,
-d'être aidée dans les démarches de prise de contact avec les entreprises, en vue d'une réinsertion professionnelle.

L'association l'a recontactée afin de participer à 2 groupes : réentrainement cognitif en groupe (1 demi-journée par semaine) et dynamique de groupe (3 demi-journées par semaine). Elle a accepté d'emblée de participer à la dynamique de groupe, lui permettant d'être dans l'action

car avec le groupe, les personnes devront décider du contenu du programme et effectueront eux-mêmes des démarches (visite d'une entreprise ; démarches téléphonique), sur une durée totale de 10 semaines. Elle semblait peu motivée pour le réentrainement, en partie dû au phénomène de redondance avec la CRT et à des difficultés d'affirmation de soi persistantes en groupe.

Par rapport aux objectifs fixés, elle se disait plutôt en attente d'une orientation professionnelle en fonction de ses capacités. Elle garde en tête différents projets professionnels : bibliothécaire, caissière, travailler dans un zoo…

En conséquence, elle s'oriente donc vers des démarches au sein du Secours Populaire. La patiente s'est engagée à effectuer la démarche seule ou accompagnée de ses parents. Elle devait dans un premier temps téléphoner à l'association afin d'avoir un rendez-vous.

Avril-mai 2014 : exprime une angoisse et des incertitudes quand à la possibilité de retravailler un jour en raison de sa maladie. Elle se sent encore parfois « envahie » par ses idées. Sur ses activités hebdomadaires (piscine, cinéma et maintenant bénévolat), elle semble satisfaite de ce qu'elle fait. Il est de nouveau évoqué son envie de travailler dans une bibliothèque. Elle semble toujours attachée à cette idée. Il lui est proposé de solliciter elle-même un stage ou de faire du bénévolat. Elle se dit favorable à un temps court, au moins au début (2 à 3h dans la semaine). Il lui est proposé un rendez-vous avec l'assistante sociale durant l'été afin de préparer avec elle un C.V. et une lettre de motivation dans cet objectif.

Mai 2014 :

-Au niveau médical : un consensus est établi avec la famille autour de son état clinique, redevenu celui d'avant l'arrêt de la Clozapine. Elle dit avoir progressé en communication, ce que confirme son père. Elle reste motivée au projet d'insertion professionnelle en milieu ordinaire.

-Au niveau social : elle est revue en entretien à sa demande afin de l'aider à réaliser son bilan pour Synergence sur la session de réentrainement. Elle exprime toujours une difficulté à s'affirmer en groupe, avec tendance à se dévaloriser et à interpréter les gestes et paroles des autres participants à son égard de manière négative. Elle a pu également indiquer que ce travail de réentrainement était trop dur et qu'elle ne souhaitait pas le poursuivre, bien qu'elle en retire des éléments positifs : rencontre avec les autres personnes, prise de parole en groupe…. Toutefois elle a pu dire qu'il s'agissait plus pour elle d'un travail sur une insertion sociale que sur une insertion professionnelle.

Mai/Juin 2014 : son état psychique est globalement stable. Elle présente quelques moments d'anxiété sur la journée avec des sensations physiques anormales et douloureuses, « comme un oursin qui allonge ses épines », et décrit une consommation compulsive de chocolat avec un craving pour diminuer la douleur. Il lui est prescrit de manière ponctuelle de la Cyamémazine.

Juillet 2014 : bon contact, moins émoussée affectivement. Elle présente des crises d'angoisses ponctuelles. Elle aurait perdu 1 Kg depuis le mois dernier. Elle décrit moins de craving sur le chocolat. Des hallucinations auditives, habituelles, sont encore présentes.

Août 2014 : il est décrit un bon contact, une présentation plus apprêtée et davantage d'expressivité émotionnelle. Elle projette de solliciter la bibliothèque près de chez elle pour un stage ou du bénévolat. Rédige son C.V. et sa lettre de motivation.

Aux dernières nouvelles, en septembre 2014 :
La patiente est bien impliquée dans le bénévolat au Secours Populaire, elle s'y rend une fois par semaine. Elle se rend également à la piscine 2 fois par semaine avec sa mère. Une reprise du théâtre est prévue à la rentrée.
Le suivi diététique est finalement mis en place, avec comme objectif d'atteindre un équilibre alimentaire et de lutter contre ces phénomènes de compulsion alimentaire.
Elle a également initié des démarches à la bibliothèque : elle est actuellement en attente de réponse concernant un stage ou un travail bénévole.
Une reprise de contact avec Synergence est à prévoir afin de rediscuter de l'intérêt de groupes de réentrainement et de refaire le point sur son projet professionnel (propositions de formations, de stages, de contrats en chantier d'insertion…).
Enfin, elle évoque de nouveau d'autres souhaits pour l'avenir: reprendre des leçons de conduite, envie de reprendre des études en psychologie, etc.…

Au total : ce cas a été proposé afin d'illustrer les difficultés mais aussi les possibilités rencontrées par les équipes du soin, du social, et par les patients eux-mêmes au travers de projets de réinsertion. Ce cas est représentatif du travail qui peut être effectué au sein de l'hôpital de jour et des connections pouvant être établies avec des partenaires extérieurs. Il est à noter que la patiente choisie présente un bon niveau cognitif de base par rapport à d'autres patients atteints de schizophrénie suivis sur la structure.
Ce projet s'étale maintenant sur deux ans et le suivi n'est pour l'heure pas terminé. Durant cette période il est devenu absolument nécessaire de maintenir la motivation au projet

socioprofessionnel, qui s'est déroulé en plusieurs étapes successives, projet entrecoupé de périodes de réflexion durant lesquelles certains objectifs fixés par la patiente ont pu évoluer. Sur ces deux années, tout en maintenant un projet global d'insertion, une évolution à pu se faire depuis un projet de réhabilitation sociale au travers des activités pratiquées au sein de l'hôpital de jour jusqu'à la recherche de stages voir d'emplois en milieu ordinaire.

Grâce à une évaluation globale initiale (capacités cognitives, compétences sociales, autonomie…), il a été possible d'exposer à la patiente ses compétences intrinsèques à renforcer et ses difficultés à pallier ou à remédier. Le travail de psychoéducation puis de remédiation ont sans doute aidé la patiente à s'approprier ce handicap et à développer des stratégies afin de pallier à ses difficultés.

Cette prise en charge a été au maximum individualisée afin que son projet personnel et professionnel puisse aboutir. Elle a impliqué un nombre important d'acteurs de milieux différents (médicaux, sociaux, associatifs) et de nombreuses activités ont été proposées (remédiation cognitive, habiletés sociales, activité théâtre, piscine, etc…). Sans le travail avec les partenaires sociaux, il aurait été encore plus difficile de lui trouver un emploi, un stage ou même une formation.

Néanmoins, la multiplicité des lieux (hôpital de jour, Synergence, associations…) et l'absence d'intervenants uniques décisionnaires a pu compliquer par moments sa présence à l'ensemble des rendez-vous. Des synthèses régulières entre les différents partenaires ont sans doute permis de maintenir une cohérence globale dans le projet, ce qui a pu représenter néanmoins une organisation et un temps conséquents.

A ses difficultés sociales, se sont rajoutées des problématiques purement médicales, concernant l'orientation vers les activités thérapeutiques mais concernant surtout la prescription et la gestion du traitement médicamenteux. Il est à noter qu'au début de la prise en charge, l'observance était de qualité médiocre et l'aide des parents à la gestion du traitement était requise. Depuis, un travail a été effectué afin de l'aider à gérer son traitement et à se l'approprier : élaboration d'un pilulier avec l'aide d'une I.D.E., groupe de psychoéducation, remédiation... Sur cette période, il a fallu adapter continuellement le traitement en raison d'effet secondaires gênants comme la prise de poids, l'hypersialorrhée, la sédation, ou d'un manque d'efficacité sur certains symptômes, comme l'anxiété ou les signes négatifs. De plus, la symptomatologie de la patiente a grandement évoluée ces dernières années, passant d'une présentation plutôt paranoïde (délires, hallucinations multiples)

retrouvée lors des précédentes hospitalisations, à une symptomatologie plus déficitaire (apragmatisme, retrait social, trouble de l'estime de soi…) constatée sous traitement bien conduit. Ces signes déficitaires ainsi que les effets secondaires sous Clozapine ont conduit le prescripteur à modifier le traitement de fond, au risque que des éléments psychotiques productifs réapparaissent.

En conclusion, ce cas illustre la nécessité d'une prise en charge coordonnée et sur une durée suffisamment longue entre les différents partenaires impliqués, en permanence en lien avec le projet souhaité par le patient, afin de limiter au maximum le risque d'une démotivation au suivi ou d'un manque d'implication du sujet dans son propre projet de réinsertion socioprofessionnel.

I. Le handicap : définition, rappel historique, modèles théoriques, législation ancienne et cadre législatif actuel.

A. Réadaptation, réhabilitation, handicap : définitions, historique, modèles

1. Définitions

Historiquement, l'hypothèse de Kraepelin considérait que la schizophrénie (qu'il nommait la « démence précoce ») était une maladie strictement biologique avec une évolution négative sans grand espoir d'amélioration (14). Dans cette hypothèse, l'évolution négative n'était pas en faveur d'une prise en charge psychosociale au long cours, n'ayant que peu de chances d'apporter un bénéfice au patient.

Par la suite, d'autres modèles explicatifs ont été étudiés et mettaient en avant l'importance du facteur environnemental, pouvant tantôt aggraver les troubles du patient, tantôt l'aider dans sa récupération d'autonomie éventuelle. Ces modèles sont multiples, et sont issus ou inspiré par la prise en charge des pathologies médicales, avec en particulier des concepts nouveaux en psychiatrie comme le « rétablissement », les procédés de « réadaptation », de « remédiation », ou de « réhabilitation ».

Concernant ce que nous appelons aujourd'hui la réhabilitation psycho-sociale, Massé (15) nous donne une définition et des objectifs assez précis :

«La démarche de réhabilitation doit pouvoir proposer, en premier lieu, des réponses adaptées aux besoins des adultes jeunes confrontés à une entrée en psychose pour lesquels tout doit être fait pour qu'ils bénéficient d'une véritable insertion avec des objectifs motivants et plausibles. Elle concerne, tout autant, le nombre, actuellement important, de patients demeurés, au fil du temps, dépendants de façon prépondérante du dispositif sanitaire hospitalier mais aussi ambulatoire. Enfin, la réhabilitation pose, typiquement, le problème de l'ouverture de la psychiatrie à des complémentarités indispensables.»

Il explique également que la dimension médicale stricte est insuffisante concernant les personnes atteintes de handicap psychique :

«…la séméiologie habituellement utilisée en psychiatrie a essentiellement une pertinence diagnostique et apparaît peu valide dans les soins au long cours des personnes handicapées psychiques. »

« On peut considérer que, pour une file active de secteur bénéficiant d'un temps hospitalier, un quart des patients ne parviennent pas à fonctionner socialement comme auparavant et/ou de façon adaptée, et entrent dans une nouvelle physiologie. La moitié d'entre eux, qui sont amenés à s'inscrire dans une dépendance institutionnelle, regroupe certains cadres nosographiques (schizophrénie déficitaire, états limites et déséquilibrés, psychoses infantiles et dysharmonies ayant évolué vers une psychose déficitaire de l'adulte). Pour ces patients, un dispositif de secteur cohérent n'apparaît pas adapté, à lui seul par son fonctionnement habituel, et capable de proposer une insertion en l'absence de concepts pertinents et suffisamment élaborés pour une population autonome mais demeurant dépendante. »

Il propose également plusieurs principes qui doivent être acceptés pour être mis en jeu :

– la cognition se rééduque par des professionnels compétents et motivés,

–un travail de deuil doit être accompli pour être accompagné dans une nouvelle vie en acceptant la perte des possibilités antérieures,

–les conséquences fonctionnelles psychologiques doivent être évaluées de façon spécialisée et multidisciplinaire pour éviter les erreurs d'orientation,

–la pertinence de l'orientation nécessite un travail de liaison médicosociale entre un service psychiatrique de moyen séjour à visée de réhabilitation sociale et les organismes d'insertion (15).

Lalonde (12) donne une définition à tous ces termes :

-Le traitement (faire pour) se base sur un savoir. Il inclut bien sûr les antipsychotiques, mais aussi la thérapie psycho-éducative et un environnement social apaisant et sécuritaire.

-La réadaptation (faire avec afin de développer un savoir-faire): il s'agit de redonner au patient les moyens d'agir en tenant compte de ses déficits et de ses capacités. A noter que le mot rehabilitation (en anglais) se traduit correctement par le mot réadaptation en français. Il n'y a pas lieu d'opposer la réadaptation psychiatrique à la réadaptation psychosociale. En fait, Lalonde explique que la réadaptation psychiatrique vise la réinsertion sociale (12).

Bachrach (16) décrit la réadaptation psychiatrique comme étant une approche thérapeutique. Cette approche encourage une personne souffrant de maladie mentale à développer toutes ses capacités grâce à un apprentissage (learning) et à un environnement de soutien.
Dans un article clé du Schizophrenia Bulletin, Anthony et Liberman (17) expliquent que les cliniciens reconnaissent bien les besoins des patients, mais qu'ils ont plus de difficultés à définir ce qu'est la réadaptation. Selon ces auteurs, la réadaptation devrait améliorer à long terme les capacités nécessaires pour s'adapter, apprendre, travailler, socialiser et vivre de la façon la plus normale possible.
Enfin, Sartorius (18) prend en compte l'avis des bénéficiaires et souligne que la réadaptation doit restaurer ou créer une qualité de vie acceptable pour les personnes souffrant de troubles mentaux malgré les invalidités consécutives. La réadaptation psychiatrique constitue donc un ensemble d'interventions thérapeutiques favorisant le potentiel de la personne tout en lui redonnant le pouvoir d'améliorer sa vie (19).

-La réhabilitation (faire envers) pour permettre un savoir-être. Il s'agit donc de développer un contexte social pour redonner à la personne sa dignité et une place dans la société. Il ne s'agit pas tant d'agir sur le patient, mais d'agir sur nous-mêmes et sur la société pour diminuer les préjugés, la discrimination. La réhabilitation redonne à la personne sa dignité et le pouvoir d'agir. C'est l'*empowerment*, le savoir-être. Comme le dit le dictionnaire, réhabiliter c'est " rétablir dans l'estime, la considération d'autrui ", des malades stigmatisés et leurs parents culpabilisés.

-Le handicap : le terme, d'origine anglaise : hand in cap – n'est apparu en France que dans les années 1950 à la naissance de politiques publiques s'adressant aux infirmiers, puis dans la

législation : loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés (20).

Le handicap au sens commun :

La notion de handicap est dans son sens commun assez floue car elle englobe des difficultés très diverses : physiques, mentales, psychiques, sensorielles, légères ou sévères, fixées ou évolutives, de causes organiques, psychologiques ou socio-économiques. Dans son rapport aux normes en vigueur et dans une société donnée, ce terme générique évoque incapacité ou limitation dans la participation à la vie quotidienne. Contrairement à la maladie que l'on soigne et dont on guérit, le terme de handicap renvoie au caractère permanent, fixé de l'incapacité.

Qu'elles qu'en soient les causes ou les manifestations, le terme est loin d'être neutre. Chargé d'affects, il fait appel aux représentations de la société qui voit dans le handicap une marque caractéristique qui différencie, éloigne et discrimine. Stigmatisant pour les personnes concernées, il fut longtemps rejeté par les professionnels de santé mentale qui se sont exprimés dans des débats passionnés lors du vote de la loi de 1975. Les soignants en psychiatrie sont restés très longtemps opposés à l'attribution d'un statut d' handicapé aux malades mentaux, dans l'idée que cela confinerait leurs malades dans des « ghettos » et entraverait leurs projets de soins (20).

-Le rétablissement (basé sur le désir) afin de pouvoir être. C'est la personne elle-même qui, ayant progressé dans sa réadaptation, ayant été réhabilitée en société, peut alors reprendre la responsabilité de sa vie (empowerment). La réhabilitation redonne à la personne sa dignité et le pouvoir d'agir. C'est l'*empowerment*, le savoir-être. Les cliniciens interviennent maintenant aussi au chapitre de la promotion de la santé mentale et de l'information publique, afin de favoriser l'acquisition et le maintien de saines habitudes de vie et la création d'un environnement permettant l'épanouissement de la personne.

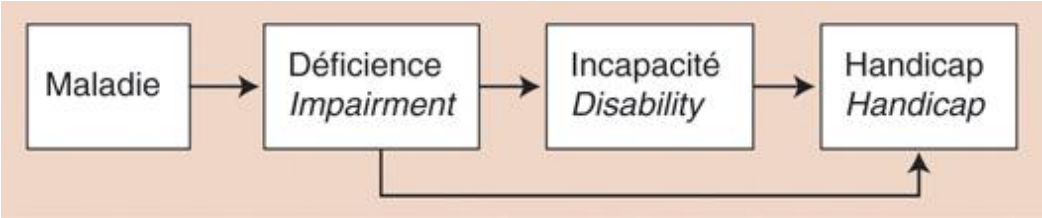
2. Le modèle Déficience-Incapacité-Handicap de Wood, la CIDIH et l'évolution vers la notion d'un « handicap social »

Comme le rappelle Constant (21), P.Wood a élaboré un modèle de description et de compréhension des pathologies chroniques et de leurs conséquences fondé sur le concept de « plan d'expérience ». Devant l'insuffisance de la séquence « symptômes-diagnostic-traitement guérison » dans l'approche de pathologies au sujet desquelles il est plus courant de parler de stabilisation, il propose de décrire l'expérience qu'un individu traverse dans sa rencontre avec le fait pathologique selon trois plans autonomes, mais néanmoins en interaction :

-*Impairment*, traduit en français par le terme de déficience : manifestation d'un problème de santé en termes d'atteinte d'un organe ou d'une fonction physiologique.

-*Disability* (incapacité en français) : retentissement sur les activités de base de la vie quotidienne.

-*Handicap* ou *social disavantage* (désavantage social en français).



Représentation des liens dynamiques dans la clarification conceptuelle de P. Wood (22).

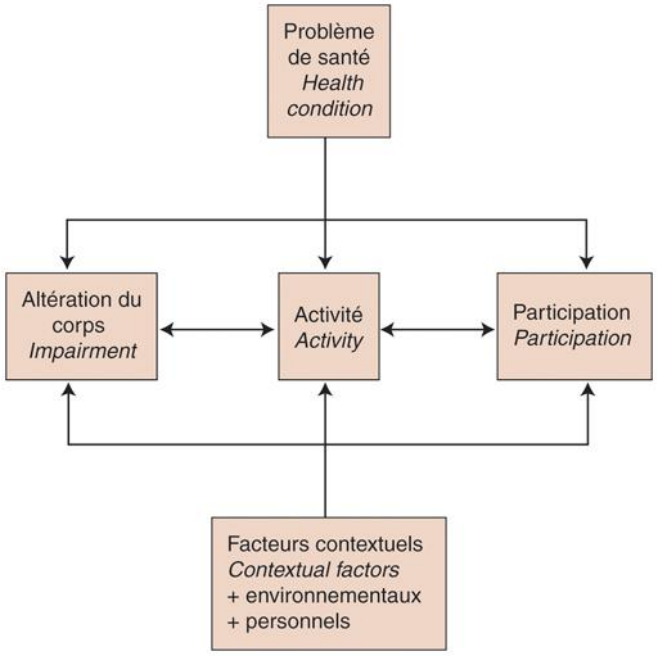
Ce modèle-ci a largement inspiré la notion moderne de handicap, y compris en terme de handicap psychique, qui sera abordé dans le prochain chapitre.

Ce modèle, qui permet d'aller au-delà de la question purement médical, suppose que l'évaluation du handicap et la prise en charge spécifique et adaptée de ce handicap permettraient d'obtenir un gain en terme de fonctionnement dans les différents domaines de la vie familiale, professionnelle et sociale.

Ce modèle a d'autre part largement inspiré les auteurs de la Classification Internationales des Handicaps (CIH ou CIDIH en anglais) (22). Cette classification avait comme projet de

proposer un cadre conceptuel neuf et cohérent pour apprécier les conséquences des maladies dans un but essentiellement épidémiologique et statistique. Les travaux de P .Wood, et avec eux la CIDIH, ont permis une évolution des conceptions en matière de handicap puisque la complexité de la modélisation est venue souligner l'erreur conceptuelle du modèle réadaptatif qui réduisait le phénomène handicap au seul plan des déficiences ; La nomenclature de la CIDIH a ainsi été adoptée par la France dans un but statistique en 1989 et dans un but pratique en 1993 lors de la révision du guide barème utilisé pour l'attribution des prestations aux personnes handicapées.

Néanmoins, malgré des apports très nets en matière de prise en charge médicale et sociale des personnes handicapées, de nombreuses critiques ont été formulées à l'encontre de cette classification, notamment à propos de sa prise de distance insuffisante par rapport au modèle biomédical du handicap. Les mouvements internationaux de personnes handicapées ont fait leur apparition dans les années 1980, inspirateurs principaux d'une nouvelle modélisation du handicap : le modèle social du handicap, et une future transformation de la CIDIH en une nouvelle classification, qui affine sa particularité en abordant l'invalidation comme une interaction entre les potentialités d'un individu et son environnement en précisant le rôle des facteurs environnementaux : la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (ou CIF), issue de l'OMS en 2001 (23).



Modèle du fonctionnement et de l'invalidation (23)

3. Modèle stress-vulnérabilité de la schizophrénie

Le modèle de vulnérabilité au stress a eu une influence majeure sur la façon dont la schizophrénie a été conceptualisée.

Ce modèle postule que la principale cause de la schizophrénie est une vulnérabilité psychobiologique, déterminée au début de la vie par des troubles d'origines génétique et environnementaux (par exemple, des complications obstétricales), potentiellement précipités par un « stress ». Une fois développé la schizophrénie, le stress (par exemple, les événements de la vie, les conflits interpersonnels, des conditions pauvres de vie..) peuvent empiéter sur la vulnérabilité biologique, précipitant les rechutes. Parallèlement, ce modèle suppose que l'acquisition de stratégies de « coping » (c'est-à-dire les capacités pour le sujet de faire face à différentes situations potentiellement stressantes) favorisation l'adaptation au milieu et l'action du soutient social peuvent réduire les effets du stress sur les rechutes des symptômes (cf Annexes figure 3).

Principes du modèle stress-vulnérabilité :

La compréhension contemporaine visant à unifier ces éléments disparates est fondée sur le modèle stress-vulnérabilité qui permet de réunir les diverses facettes interreliées de cette maladie mentale. La figure suivante montre qu'il existe, chez certains individus, une vulnérabilité sur le plan neuro-psychologique, découlant d'une prédisposition génétique ou d'une constitution mentale qui les rend plus sensibles aux stresseurs socio-environnementaux. Cependant, la seule présence de ces facteurs physiologiques est insuffisante pour provoquer l'apparition de la schizophrénie; il faut que s'y ajoutent certains types de stress, par exemple, un stress toxique comme les drogues, ou un stress social comme l'expression d'émotions (hostilité, attitudes envahissantes) de la part de l'entourage, ou encore des pressions de performance, qui peuvent avoir un effet déclencheur de schizophrénie quand le cerveau est déjà constitutionnellement fragile. Il est vrai cependant, que bon nombre d'individus subissent, de façon quotidienne, de tels stress; or, ils ne développeront pas de schizophrénie en l'absence de facteurs biologiques les prédisposant à cette maladie.

Puis, une fois que la schizophrénie s'est manifestée, l'individu reste aux prises avec des symptômes résiduels qui, selon une causalité circulaire, le rendent encore plus sensible aux facteurs susceptibles de déclencher des rechutes.

Ce type de modélisation, bien qu'il fût critiqué (24), propose l'idée qu'une prise en charge psychosociale puisse être appliquée et fonctionner chez ce profil de patients (25).

D'après Franck (26,27), la remédiation cognitive axée sur des situations concrètes couplée à un travail sur les habiletés sociales favoriserait le rétablissement des fonctions sociales du sujet et indirectement les capacités de réinsertion des patients schizophrènes.

B. Aspects légaux

1. Historique de la législation en France

Giraud-Baro (28) décrit ce rappel historique en 2003. Le concept de handicap avait pris corps pendant la première moitié du XX° siècle pour émerger au sein d'un texte de loi traitant de la question du travail des personnes handicapées. Dans un contexte marqué par l'augmentation des accidents du travail dans les suites de la révolution industrielle et par le problème des mutilés de la Grande Guerre, la loi du 23 novembre 1957 « sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés » constitue en effet la première apparition du terme « handicap ». L'activité professionnelle devant un élément clé de l'organisation sociale, la construction du champ du handicap s'est faite autour de la volonté de permettre aux personnes dites désormais « handicapées » de pouvoir trouver place « dans les rouages productifs, consommateurs, laborieux et ludiques de la cité quotidienne ». Parallèlement à ce processus « d'invention politique du travailleur handicapé », la société s'est peu à peu dotée d'un système de redressement des corps déviants. La réadaptation et la rééducation, en particulier professionnelle, sont devenues les modus opérandi d'une organisation sociale normative sans précédent.

Marquées par cet héritage, les deux lois jumelles de 1975 ont tenté de déplacer l'approche du handicap depuis une posture purement intégrative vers une problématique d'insertion et d'intégration.

Pendant trois décennies, la structuration législative du champ du handicap en France a été le fait de deux lois parues au journal officiel le 30 juin 1975 :

-la loi « d'orientation en faveur des personnes handicapées »,

-la loi « relative aux institutions sociales et médicosociales ».

Mais, malgré des objectifs ambitieux énoncés dans les premiers articles de ces deux textes, ceux-ci ont officialisé l'institutionnalisation du handicap en donnant corps à la séparation entre sanitaire et social du fait de la création du secteur médicosocial, et ont permis la mise en œuvre d'un système de traitement de la question du handicap essentiellement administratif.

D'autre part, malgré la reconnaissance du travailleur handicapée et cette volonté d'intégration des personnes handicapées, la notion de « handicap psychique » n'était nullement reconnue. Seuls les handicaps « mentaux », « moteurs » et « sensoriels » étaient reconnus.

2. Loi du 11 février 2005, « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »

La parution au journal officiel de la loi du 11 février 2005 ne constitue aucunement un fait isolé dans le paysage politique des dernières années.

Au plan international, ont joué un rôle crucial dans la longue gestation de ce texte les « règles pour l'égalisation des chances des personnes handicapées » énoncées par l'Organisation des nations unies (ONU) en 1993 (29), le traité d'Amsterdam, et la Charte des droits fondamentaux des personnes handicapées (30) qui en est issue et qui, depuis 1997, oriente les politiques des Etats membres de l'Union européenne en matière de handicap. De plus, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a initié en 1996 un long processus de réflexion sur la pertinence de la classification internationale des handicaps (CIH ou CIDIH en anglais). Un travail de révision portant sur six années de collaboration internationale a ainsi abouti à une nouvelle classification appelée classification internationale du fonctionnement (CIF) qui a largement influencé la teneur du texte du 11 février 2005 (28).

Au niveau national, la loi du 10 juillet 1987 « en faveur de l'emploi des personnes handicapées » et la loi du 12 juillet 1990 « relative à la protection des personnes contre la discrimination en raison de leur état de santé ou de leur handicap » sont venues renforcer l'arsenal juridique destiné à protéger les droits des personnes. Quand à la loi « relative aux institutions sociales et médicosociales », elle avait déjà été profondément reformée par la loi

du 2 janvier 2002 « rénovant l'action sociale et médico-sociale » et par celle du 17 janvier 2002 dite « loi de modernisation sociale ».

Le contexte d'émergence de cette loi est marqué par des réflexions de fond sur la question du handicap et sur la manière de traiter cette question sociale de l'accueil que réserve une société à ceux et celles désignées sous le vocable de « personne handicapée ». La comparaison des principales caractéristiques des deux grandes classifications de l'OMS au travers des enjeux du processus de révision de la CIDIH illustre parfaitement les grands problématiques auxquelles le législateur s'est confronté dans sa tentative de sortir d'une logique de traitement exclusivement administrative de ces questions.

C'est pourquoi, devant l'évolution des conceptions en matière de handicap, elles-mêmes en lien avec la fécondité des travaux de recherche internationaux dans ce domaine, mais également pour des raisons d'inadaptation des réponses offertes aux personnes et de lourdeur du dispositif administratif, il est apparu nécessaire au législateur de refondre le cadre législatif au sein d'un texte entièrement neuf, venant remplacer ceux de 1975.

Ainsi est née la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Cette loi représentait un tournant majeur longtemps attendu par les personnes handicapées et leurs associations.

De la même importance que la loi de 1975, cette loi du 11 février 2005 marque sans doute, après 30 ans de statu quo, un tournant majeur dans l'histoire des politiques publiques menées en direction des personnes en situation de handicap.

Elle devait répondait au constat d'insuffisance du droit en vigueur en terme concernant la prise en compte des personnes handicapées dans de nombreux domaines (règle d'accessibilité, scolarisation des enfants et adolescents en difficulté du fait de leur handicap, emploi des personnes handicapées et obligations de l'état vis-à-vis d'elles, situation des personnes polyhandicapées peinant à trouver un accueil et un accompagnement nécessaires…) (20).

Si la loi du 11 février 2005 introduit une rupture dans l'histoire législative du handicap en France de par l'évolution conceptuelle qui la sous-tend, le véritable bouleversement qu'elle entraine concerne le nouveau dispositif administratif et technique mis en place (28).

a) Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et les commissions départementales d'éducation spécialisées (CDES) avaient vu le jour suite à la parution au Journal officiel des lois jumelles de 1975.

Avec le texte de 2005, les ces deux organes administratifs disparaissent pour laisser place à un organisme départemental unique : la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Chaque établissement de ce type devait être mis en place au 1° janvier 2006. Les missions d'une MDPH sont l'accueil, l'information, l'accompagnement, le conseil et la sensibilisation du public en matière de handicap. Elle fournit une aide à la formulation et à la mise en œuvre du projet de vie de la personne et coordonne les dispositifs sanitaires et médicosociaux. Son fonctionnement repose sur 2 organes principaux : *la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et une équipe pluridisciplinaire.* Cette dernière assure les missions d'évaluations en matière de handicap, elle propose un plan de compensation personnalisé à la CDAPH qui statue sur les décisions à prendre, désigne le ou les établissements d'accueil éventuels, et attribue l'allocation adulte handicapée (AAH) et d'autres ressources financières. La MDPH gère son propre fond départemental de compensation qui lui est attribué sous la forme d'une enveloppe annuelle globale.

b) Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

De plus, un des objectifs du législateur étant l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire, le lien entre le nouveau dispositif départemental et la politique du handicap à l'échelon national se fait par un autre organisme : la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) crée par la loi du 30 juin 2004 « relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ». La loi du 11 février 2005 en a précisé et renforcé les missions : la CNSA assure la cohérence de l'ensemble du dispositif par les missions qui sont les siennes : contribution au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie, répartition équitable des dépenses, expertise technique en matière de handicap et de dépendance, élaboration des schémas nationaux et de

programmes interdépartementaux, etc…Elle veille à distribuer équitablement les sommes dont elle dispose entre les différents département et selon différents axes de financement de la politique du handicap.

c) Activité professionnelle et scolarisation

Le principe de non-discrimination est réaffirmé en matière d'insertion professionnelle. Parallèlement, le quota obligatoire de travailleurs reconnus « handicapées » dans les entreprises privées, qui avait été mis en place par la loi « en faveur de l'emploi des personnes handicapées » de 1987, est maintenu et étendu aux entreprises publiques. Le système de contrôle et de sanctions mis en place jusqu'alors pour les entreprises contrevenantes est étoffé. Il est crée d'autre part un fond pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique qui se subdivise en trois sections : fonction publique de l'Etat, fonction publique territoriale et fonction publique hospitalière. En matière d'emploi protégé, différents établissements existant auparavant sont maintenus, mais leur dénomination est modifiée :

Les Entreprises Adaptées (EA), anciens ateliers protégés (AP). Se sont des structures d'accueil qui procèdent, contrairement aux ESAT, d'une logique d'entreprise avec impératifs de production et insertion dans l'économie de marché. Ainsi, même si les conditions de travail doivent être aménagées en fonction des possibilités des travailleurs handicapées, ils ont une fonction de réinsertion vers le milieu professionnel ordinaire plus développée que celle des ESAT.

Les Centres de Rééducation Professionnelle (CRP), ce sont des établissements dotés d'équipes pluridisciplinaires dont la mission principale est de dispenser une formation qualifiante aux personnes handicapées dans un but de réinsertion vers le milieu ordinaire ou protégé.

Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT), anciennement appelés centres d'aide par le travail (CAT), ce sont des établissements médicosociaux destinés aux adultes handicapées dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de celle d'un travailleur valide. Ils proposent des activités professionnelles aménagées. Ils peuvent constituer une étape intermédiaire dans le parcours de réinsertion dans la mesure où, même s'il ne s'agit pas de leur objectif premier, ils permettent parfois une préparation à l'insertion professionnelle en

atelier protégé ou milieu ordinaire. Leur personnel se compose d'encadrants pour les activités productives et d'éducateurs pour l'accompagnement éducatif. Ce sont des structures de travail adapté. Des personnes handicapées mentales y exercent une activité professionnelle dans des conditions de travail aménagées, et bénéficient d'un soutien social, psychologique et éducatif.

Encore mal connu, le recours aux ESAT peut constituer une réponse à l'obligation d'emploi de personnes handicapées et devenir une véritable piste de développement pour les entreprises. Les travailleurs qui manifestent des capacités suffisantes peuvent quitter le centre et intégrer une entreprise ordinaire.

Un ESAT est donc à la fois :

- Un établissement médico-social, relevant des dispositions du Code de l'action sociale et des familles,
- Une structure de mise au travail et donc peut être considéré comme une entreprise ayant un rôle de production contribuant à son budget,
- Une large palette de services pouvant être proposées aux entreprises et collectivités, avec une exigence de qualité et de professionnalisme.

Foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés :

Les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés sont des structures proposant un logement en collectivité aux personnes handicapées qui ont la possibilité d'exercer une activité professionnelle.

Maisons d'accueil spécialisées (MAS) et foyers d'accueil médicalisés (FAM) :

Les MAS sont des établissements médicosociaux spécialisés dotés, entre autres, d'une infrastructure et d'un personnel médicalisés, qui ont pour mission d'accueillir les personnes les plus lourdement handicapées, nécessitant une surveillance médicale régulière. Il en est de même des foyers d'accueil médicalisé (FAM) qui permettent l'hébergement des personnes lourdement handicapées nécessitant l'intervention d'une tierce personne pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne, ainsi qu'un suivi médical et infirmier constant.

Autres structures et modalités d'hébergement :

A ces structures s'ajoutent des centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) qui proposent des modalités d'hébergement temporaires et préparent à une insertion sociale et

professionnelle, ainsi que les possibilités d'*accueil familial social* permettant à la personne d'expérimenter une autonomie dans le cadre repéré d'une structure familiale.

3. Spécificité du handicap psychique

Dans leur livre blanc, les partenaires de Santé Mentale France (31) exposent les raisons qui les ont amenés à regrouper différentes associations sous une même « bannière » : le terme de handicap psychique y est présenté comme le nœud des revendications et des objectifs des partenaires que sont l'*Union nationale des amis et familles de malades psychiques* (UNAFAM) (32), la *Fédération nationale des associations d'(ex)-patients psy* (FNAp-Psy), la *conférence nationale des présidents de commissions médicales d'établissements et la Fédération Croix marine*.

Il s'agit, d'une part, de faire exister la population des personnes souffrant de troubles psychiques, d'autre part, d'informer la collectivité sur la vraie nature de ce handicap et sur les risques qui lui sont liés. Enfin il s'agit d'aider les responsables du social dans la cité, et ceux qui vont répartir les ressources disponibles et les validations officielles, à faire en sorte que les droits des personnes soient mieux protégés.

Cette prise de position politique, associant les acteurs sanitaires et sociaux, différencie le handicap psychique du handicap mental lié à la déficience intellectuelle. Il semblerait qu'elle ait été comprise par le législateur même si le terme de « handicap psychique » ne figure pas, en tant que tel, dans la loi du 11 février 2005. Cependant, l'altération des fonctions cognitives ou psychiques à l'origine du handicap y est mentionnée (33). Un changement présent dans la loi du 11 février 2005 est celle de l'apparition du concept de « handicap psychique ». En effet, bien que ce terme en lui-même ne figure pas dans la loi, « l'altération des fonctions cognitives et psychiques à l'origine du handicap » y est mentionnée.

« Le handicap psychique se distingue du handicap mental selon trois critères : l'intelligence, la médicalisation, la variabilité. Il n'y a pas toujours une déficience intellectuelle permanente, il y a un handicap comportemental se traduisant par :

Des difficultés à acquérir ou à exprimer des habiletés psychosociales avec des déficits d'attention et des difficultés à élaborer et suivre un plan d'action.

Une alternance d'états psychiques calmes ou tendus, empêchant la grande majorité des patients d'assurer une activité professionnelle mais qui n'excluent pas une vie en milieu ordinaire, pourvu qu'un accompagnement adapté soit institué » (16).

La prise en compte par la loi du 11 février 2005 du handicap psychique a ainsi ouvert beaucoup d'espérances, notamment dans le cadre de l'élaboration d'un plan de compensation. Elle permet une *certaine reconnaissance d'une population* jusque-là « invisible » en termes de besoins, mais cependant repérée depuis longtemps dans les dispositifs dédiés aux personnes handicapées et en particulier les commissions mises en place par les lois de 1975.

La définition du handicap psychique proposée dans le livre blanc (31) est ainsi libellée : *« le handicap psychique se distingue du handicap mental selon trois critères : l'intelligence, la médicalisation, la variabilité. Il n'y a pas toujours une déficience intellectuelle permanente, il y a un handicap comportemental se traduisant par :*

- *des difficultés à acquérir ou à exprimer des habiletés psychosociales avec des déficits d'attention et des difficultés à élaborer et suivre un plan d'action*
- *une alternance d'états psychiques calmes ou tendus, empêchant la grande majorité des patients d'assurer une activité professionnelle mais qui n'excluent pas une vie en milieu ordinaire, pourvu qu'un accompagnement adapté soit institué ».*

Cette définition peut apparaître assez floue, manquant de pertinence en regard des exigences de la classification CIF. Elle mélange des symptômes de la maladie et des signes exprimant les conséquences de la maladie. La place des troubles cognitifs, expressions d'une déficience, mais aussi à l'œuvre dans la réalisation des limitations et incapacités, est ambiguë et traduit l'une des spécificités du handicap psychique. C'est donc plutôt dans une approche référencée aux travaux de Wood (il existe un processus dynamique et interactif entre les différents plans d'expérience) qu'il faut la comprendre.

Elle a cependant le mérite d'être une vignette illustrative de la complexité des situations de handicap vécues par les personnes souffrant de troubles psychiques.

On peut donc retenir comme particularités du handicap psychique :

- une fluctuation évolutive liée aux « poussées » de la maladie, ce qui contraste avec l'aspect fixé du plus grand nombre des handicaps, et qui le rend très contingent du suivi médical ;

- une préservation des capacités intellectuelles qui s'accompagne cependant de troubles cognitifs peu exprimés et souvent difficiles à repérer et qui perturbent, à des degrés très divers, l'organisation de l'activité et les relations sociales ;
- une faible demande d'aide des personnes (conséquence des troubles cognitifs et de l'isolement) majorée par la stigmatisation dont souffrent les personnes porteuses de pathologies psychiatriques (28).

Les études internationales réalisées lors de la révision de la classification internationale des handicaps (CIH) et portant sur tous types de handicap ont montré que les personnes en situation de handicap psychique sont celles qui ont le moins accès à des stratégies de compensation, par un accès moindre aux dispositifs existants et l'absence de compensation adaptée à ce type de handicap.

Le handicap psychique fait ainsi figure d'exemplarité par la complexité de sa nature intriquée avec la maladie et par les difficultés qu'il suscite pour mettre en œuvre sa compensation.

P. Gohet, délégué interministériel aux personnes handicapées a déclaré en 2006 : *« c'est par la qualité des réponses au handicap psychique que l'on mesurera la qualité de la loi parce que le handicap psychique est à la croisée des chemins de toutes les problématiques »*.

Si l'inscription du handicap psychique dans la loi du 11 février 2005 signe le succès dans la réalisation de l'objectif « cibler une population et ses besoins », organiser une réponse de qualité à ces besoins se heurte à deux écueils majeurs :

- trouver une zone d'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médicosocial autour de concepts partagés concernant la maladie psychiatrique et la production du handicap psychique,
- reconnaître et être en mesure d'évaluer le handicap psychique.

Cette reconnaissance « légale » du handicap psychique vient ainsi impacter les pratiques et le champ de la psychiatrie vers celui de la santé mentale.

4. Handicap psychique et pratiques en santé mentale : amélioration de l'articulation sanitaire et sociale

C'est un enjeu majeur pour la mise en œuvre des stratégies de compensation.

Pour traiter la complexité de la prise en charge, des outils sont nécessaires pour faciliter la relation entre la personne et son environnement multiple. Et pour réaliser la promesse de la loi de 2005, l'action de tous les partenaires dans le cadre de la MDPH, y compris soignants, est essentielle.

Les réponses aux besoins évalués ne sauraient se trouver dans la seule augmentation des solutions de compensations institutionnelles. Selon l'esprit de loi du 11 février 2005, les logiques institutionnelles, sanitaires, médicosociales et/ou sociales devraient s'effacer pour laisser place à la notion de *projet de vie personnalisé* nécessitant des interventions sanitaires et/ou sociales coordonnées et visant à préserver le potentiel adaptatif de la personne et à compenser les incapacités et désavantages constatés, en sachant que le projet de vie se déroulera pour la plupart, hors des institutions.

Derrière cette question de la qualité des réponses faites aux personnes « handicapées psychiques », c'est toute l'organisation et la coordination des différents secteurs professionnels qui est interrogée : l'étanchéité du sanitaire et du médicosocial habituellement évoquée à propos du modèle français, a vécu avec la loi de 1975 et une reformulation de l'articulation des soins et services à la personne s'avère indispensable dans le contexte suscité par la loi du 11 février 2005.

Les programmes de soins communautaires nord-américains peuvent être intéressants à considérer en tant qu'exemple de démarche pragmatique, conçue dans un souci méthodologique de consensus. Ils proposent un modèle de soins et de services intégrés face à la complexité des situations de maladies mentales chroniques définie de façon consensuelle : handicaps à long terme, dépendance extrême, sensibilisation élevée au stress, difficultés à faire face aux exigences de la vie quotidienne. Les actions thérapeutiques biologiques, psychologiques et environnementales reposent sur un modèle de compréhension de la maladie également consensuel : le modèle de la vulnérabilité au stress et des compétences adaptatives.

Deux outils peuvent ajouter des éclairages à ce besoin de renouveler l'articulation sanitaire-médicosociale pour une meilleure compensation du handicap : le courant de réhabilitation psychosociale et l'organisation en réseau de santé.

5. Courant de réhabilitation psychosociale

En complément des soins de psychiatrie, il apporte, par les techniques de pointe qu'il mobilise, une réponse pragmatique aux troubles cognitifs et aux limitations des habiletés sociales qui fondent en partie le handicap psychique (15,28).

Les équipes de réhabilitation psychosociale, plus ouvertes aux compétences éducatives, à l'exploration neurocognitive, s'attellent au travail d'évaluation fonctionnelle et à l'instauration des traitements psychosociaux adaptés aux besoins des personnes. Les programmes psychoéducatifs, l'entraînement aux habiletés sociales, les programmes de remédiation cognitive, les programmes de réentraînement au travail préparent la personne aux étapes de son projet d'insertion (26,27).

Les concepts de rétablissement « *recovery* » et également d'« *empowerment* », à l'oeuvre dans la pratique de la réhabilitation psychosociale, structurent les champs médicosocial et social : individualisation des services, appui sur les compétences propres de la personne, participation active de celles-ci, intervention au plus près du milieu de vie.

a) Réseaux en santé mentale

Ils peuvent également représenter une ressource. Ils utilisent la compétence à coordonner autour de la personne différents intervenants dans le cadre d'un plan d'aide et à évaluer la pertinence de ces actions. Cette compétence relève du « *case management* », autre concept à l'œuvre dans la réalisation de soins et services intégrés et dont les principaux éléments clés sont : l'évaluation des besoins, la planification des services, l'organisation de la mise à disposition de ces services, la mise en œuvre, l'évaluation et le suivi de ces mêmes services auprès de la personne. Un chaînon manque entre le dispositif sanitaire de soins psychiatriques et de réhabilitation psychosociale, et les services proposés à la personne : cette

instance de coordination et de garantie de la dynamique du processus de projet de vie et d'insertion sociale que certains nomment aussi « Centre ressource handicap psychique » répondrait à une demande forte des associations de famille et des équipes des MDPH.

Enfin, le projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires » propose au titre IV la création des « agences régionales de santé » coordonnant au niveau régional et local les responsables de l'organisation des champs sanitaire, médicosocial et social. Si cette évolution ne va pas sans poser nombre de questions de fond, il est possible d'y voir une volonté forte d'en finir avec le cloisonnement des champs et les risques de rupture de prise en charge et d'accompagnement des personnes qu'il suscite (28).

b) Évaluation de la situation de handicap psychique

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale fait reposer celle-ci sur l'évaluation des besoins. L'approche individualisée de la situation de la personne est un élément fondamental introduit par la loi du 11 février 2005 (33).

c) Guide d'évaluation (GEVA)

Le GEVA (guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées) est désormais la référence nationale pour l'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées. Il est devenu officiel par la parution de deux textes réglementaires : un décret et un arrêté du 6 février 2008, la parution du second datant du *Journal officiel* du 6 mai 2008.

Cet outil, très attendu des personnes handicapées et des professionnels des MDPH, vient en appui de l'appréciation individualisée et globale de la situation de la personne.

Ni mesure quantifiée du handicap, ni outil d'éligibilité, le GEVA constitue le support à cette démarche. Il permet d'explorer, avec la personne handicapée, les dimensions nécessaires à l'évaluation des besoins. Il ne se substitue pas aux bilans ou expertises qui pourraient être réalisés par ailleurs, il les synthétise dans un document unique et commun à toute l'équipe pluridisciplinaire.

Cet outil trouve son origine dans la grille d'évaluation multidimensionnelle élaborée par la DGAS (Direction générale des affaires sociales), bien avant la mise en œuvre du droit à compensation.

Le GEVA se compose de huit volets explorant chacun une dimension spécifique du processus de handicap.

Le *volet central* du processus que recouvre le GEVA est sans nul doute celui intitulé : *Capacités fonctionnelles, activités et environnement*. C'est en effet à ce niveau que les informations recueillies dans les autres parties du manuel prennent forme afin d'éclairer la détermination des aides mises en œuvre et l'élaboration du plan personnalisé de compensation (PPC). Différents domaines sont proposés, se déclinant en un certain nombre d'items. Chacun des items est analysé selon trois rubriques : les capacités (capacités fonctionnelles de la personne hors assistance), la réalisation effective (lorsque la personne réalise une activité avec une aide humaine ou technique), et enfin les types d'aides mises en œuvre dans chaque cas. Les grands domaines explorés sont : mobilité, déplacement, manipulation, communication, entretien personnel, vie domestique et vie courante, apprentissage et application des connaissances, tâches et exigences générales, relation avec autrui, et tâches et exigences au travail.

Les autres volets permettent de recueillir des informations diverses sur la situation de la personne.

-Le *volet 1* est intitulé : *Volet familial social et budgétaire* . Il renseigne sur la structure de l'environnement familial de la personne et sur sa situation sociale (emploi, ressources financières).

-Le *volet 2* est intitulé : *Habitat et cadre de vie* . On y trouve des informations sur le logement dont la personne dispose (type, lieu, situation de la personne par rapport à ce logement, caractéristiques détaillées, aménagements éventuels déjà réalisés), et sur les services auxquels elle a accès (transports en commun, commerces, équipement culturel ou de loisir, véhicule personnel).

-Le *volet 3* est subdivisé en deux parties : *Parcours de formation* (volet 3a) et *Parcours professionnel* (volet 3b). En matière de scolarité, le volet 3a résume la situation de la personne et permet de faire état d'une demande d'aménagement des conditions d'examen. Au plan

professionnel, il est possible de noter l'ensemble des formations réalisées, les différents emplois occupés, les perspectives d'avenir en matière de poste, ainsi que les caractéristiques du projet professionnel de la personne.

On y trouve également la situation actuelle de la personne par rapport au travail (emploi, chômage, arrêt maladie).

-Le *volet 4* est celui qui permet le recueil des informations relatives à la santé de la personne : *Volet médical*. Il y est précisé la ou les pathologies éventuellement à l'origine du handicap, et une description clinique détaillée est possible. On y trouve également les modalités de traitement de la pathologie, ainsi que les contraintes spécifiquement liées à ce traitement. Les actions de réadaptation fonctionnelle entreprises doivent aussi être précisées à cet endroit.

-Le *volet 5* est intitulé : *Volet psychologique*. Il permet de noter si un bilan psychologique a été réalisé, éventuellement avec passation de tests, et quelles conclusions ont pu être tirées de cette analyse.

-Le *volet 6* sur les *Aides mises en œuvre* précise les interventions de l'entourage, les besoins exprimés par les aidants, les interventions de professionnels et les autres types d'aides mises en oeuvre (techniques, aménagement du logement, animal, téléalarme, etc.).

Au total, il faut retenir que le GEVA permet une analyse très complète de la situation de handicap que vit la personne.

Divers chantiers sont maintenant engagés en lien avec le Conseil scientifique de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Citons les principaux :

- la production et la diffusion d'une version plus maniable du GEVA ainsi que d'un manuel d'accompagnement,
- la construction d'un outil pour l'aide à l'appréciation des difficultés dans la réalisation de certaines activités,
- l'analyse des passerelles possibles entre des outils d'évaluation utilisés en « amont » du GEVA par des professionnels dans des champs particuliers (type de déficiences, structures, etc.),
- et le GEVA dans une version informatisée.

d) Spécificité de l'évaluation du handicap psychique

Dans le cas du handicap psychique, l'état clinique, le statut cognitif, l'acceptation de la maladie et de la nécessité de se soigner sont des paramètres de l'évaluation qui infiltrent l'expression de l'autonomie et de la participation. Ils peuvent cependant trouver leur place dans les différents volets de l'outil GEVA, mais ils sous-entendent des compétences mixtes sanitaires et sociales chez l'évaluateur ainsi que le partage de références si les évaluateurs sont issus de secteurs différents.

Or, les professionnels posent comme difficulté majeure, dans l'accompagnement du public handicapé psychique, des divergences importantes entre le secteur psychiatrique et les autres professionnels (sociaux, médicosociaux ou professionnels de santé de ville) sur le terrain de l'évaluation. Ainsi, ils ne font pas toujours la même évaluation de la stabilisation de la maladie, de l'urgence ou de la crise, mais encore de la capacité à vivre en logement personnel ou en établissement médicosocial.

Les équipes pluridisciplinaires des MDPH à qui incombe la charge de poser une évaluation globale de la situation de la personne handicapée psychique et de lui proposer un plan de compensation adapté à ses besoins et attentes expriment leurs difficultés en partie attribuées au manque d'outil adapté pour l'évaluation multidimensionnelle et à une méconnaissance de ce public.

Dans le cadre de ses missions d'approche, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a donc entrepris plusieurs actions dans le domaine du handicap psychique, en particulier dans le but de documenter et d'appuyer la mission d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées psychiques :

- diffusion du livret UNAFAM faisant connaître la spécificité du handicap psychique,
- expérimentation de terrain (15 sites) en lien avec le plan Santé mentale (circulaire 1er mars 2007) pour l'élaboration d'une démarche d'évaluation de la situation des personnes avec un handicap psychique, visant à favoriser l'articulation entre les équipes pluridisciplinaires des MDPH et les équipes de psychiatrie de terrain. Il s'agit de construire des démarches qui soient transversales, ainsi que de documenter et de diffuser les conditions permettant aux

autres équipes de se les approprier,

- expérimentation dans cinq départements d'équipes spécialisées d'évaluation du handicap psychique (ESEHP) dans le but de valider des démarches de recours pour l'évaluation approfondie et les outils adaptés à cette évaluation approfondie et leur GEVA-compatibilité ;
- référencement des formations utiles pour l'accueil et l'évaluation des personnes en situation de handicap psychique,

C. Le rapport Robiliard de 2013 sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie

Ces dernières années, de nombreux rapports ont évalué l'état de la psychiatrie et de la santé mentale en France.

Le député Denys Robiliard, auteur du rapport d'information n°1662 déposé par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, enregistré à la présidence de l'assemblée nationale le 18 décembre 2013 (34), rapporte un grand nombre de difficultés autour de l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale en France et rassemble un grand nombre de propositions.

Concernant l'organisation des soins en santé mentale, le rapporteur rappelle les principes et l'utilité des conseils locaux de santé mentale (CLSM) :

« À partir des années 2000, une nouvelle structure a émergé, propre à la santé mentale, avec les conseils locaux de santé mentale (CLSM). Ces plateformes permettent une concertation et une coordination entre les professionnels de santé, dont les psychiatres, les acteurs sociaux et médico-sociaux, les usagers et leurs familles, et les élus locaux. Peuvent y participer les bailleurs ou les services municipaux. »

« Le CLSM est le lieu qui permet l'articulation entre le sanitaire et le social sur un territoire. En son sein, peuvent être ainsi abordées des questions qui participent de la prise en charge de l'usager sans relever du sanitaire, comme le logement, les services d'accompagnement à la

vie sociale, l'attribution de droits et prestations sociales, l'insertion professionnelle ou l'accès aux loisirs. »

Toujours d'après lui, le CLSM *« permet donc une véritable prise en charge globale et participe de la dé-stigmatisation des malades. »*

Bien que ce dispositif ait tendance à se répandre, toutes les villes n'en sont pour l'heure pas pourvues, le choix est laissé à l'appréciation des mairies, dont le rôle est bien défini dans le rapport : *« Le maire en assure la présidence, une assemblée plénière décide des orientations et des priorités. »*

En proposition n°17 de son rapport, le députe préconise la solution suivante : *« encourager la constitution de conseils locaux de santé mentale ou de santé et de santé mentale et d'élaborer à cette fin un référentiel national qui servirait de guide tout en gardant la souplesse nécessaire à l'adaptation au territoire… »*

D'autre part, concernant la question plus spécifique de l'insertion professionnelle, le rapporteur réaffirme le principe suivant :

« Le dispositif actuel d'insertion professionnelle est principalement constitué par les établissements et services d'aide par le travail (ESAT). Structure offrant aux travailleurs handicapés des activités professionnelles et un soutien médico-social et éducatif, elle accueille des personnes dont les capacités de travail ne permettent de travailler ni dans une entreprise ordinaire ni dans une entreprise adaptée. »

Il rappelle également les objectifs de l'ESAT:

« L'ESAT doit permettre de mettre en place des actions de maintien des acquis professionnels et d'accès à l'autonomie. En effet, il doit favoriser des passerelles vers le travail en milieu ordinaire par le biais de formations, de stages ou de mise à disposition à l'extérieur, l'objectif étant l'intégration dans une entreprise. »

Il rapporte deux exemples de projets d'insertion, l'exemple de la mission « MAIRE » et l'établissement public de santé mentale de Lille Métropole:

- Dans son rapport d'évaluation, le Haut Conseil de la santé publique a cité l'exemple de la mission « MAIRE ». Mise en place dans les années 1980, elle a pour objectif de

favoriser la réadaptation au monde du travail. Une évaluation des compétences s'effectue pendant six semaines dans six ateliers différents avant de dresser un bilan d'orientation. Une prise en charge de la personne qui peut durer de un à trois ans, permet son adaptation vers un travail jusqu'à ce qu'une place en ESAT se libère. L'idée est donc de proposer une multiplicité des terrains d'apprentissage et des milieux de travail.

- L'Établissement public de santé mentale de Lille Métropole est également cité en exemple : l'établissement *« a mis en place un ESAT expérimental dénommé Établissement et service d'aide par le travail intégré, « ETIC » car intégré dans la cité. Les travailleurs handicapés exercent leurs activités professionnelles au sein des collectivités territoriales ou des associations qui les emploient. Vingt-cinq personnes travaillent à temps partiel et sont accompagnées par des éducateurs afin de se réinsérer progressivement dans la vie professionnelle. L'Établissement public de santé mentale a également développé des chantiers thérapeutiques, au cours desquels des malades encore en soins rénovent des appartements associatifs de manière bénévole, afin de faciliter leur retour à un emploi ».*

Comme proposition n°12 de son rapport, le rapporteur suggère de « *développer l'insertion professionnelle, en prenant appui dans la mesure du possible sur le conseil local de santé mentale* », mais ne précise pas les modalités qui permettraient d'atteindre cet objectif.

Plus précisément, dans le cadre de ce rapport, l'UNAFAM a été auditionnée. Lors de son audition à l'assemblée nationale, l'UNAFAM a prônée une plus grande insertion professionnelle des malades. Afin d'étayer cette proposition, l'association précise les chiffres suivants : *« La possibilité de travailler réduirait de 35 % le risque d'une hospitalisation et multiplie par cinq la possibilité d'accéder ensuite à un emploi non aidé. »*

Une solution proposée par l'UNAFAM consisterait à proposer des contrats de travail, lié au poste et non à la personne, ce qui permettrait à plusieurs personnes d'occuper un poste et ainsi d'assurer une continuité du travail. Ce type de travail pourrait correspondre aux services proposés par les « clubhouses ».

II. Facteurs influençant la réhabilitation psychosociale et l'insertion professionnelle des patients schizophrènes

De nombreux auteurs se sont intéressés aux facteurs pouvant influencer la réinsertion professionnelle, notamment en pathologie mentale.

Pour Pachoud (35), l'expérience acquise du monde du travail, avant la maladie ou, plus généralement, le rapport que le sujet entretient avec le travail, mais aussi ses aptitudes relationnelles (requises pour s'intégrer dans le collectif de travail) et, enfin, les facteurs motivationnels, difficiles à objectiver (par exemple le « sentiment d'efficacité » à faire face aux exigences de tel ou tel emploi et à surmonter les obstacles à l'insertion), sont des facteurs majeurs favorisant l'insertion.

D'autres études (22),(36),(37),(38) se sont concentrées sur d'autres concepts et ont retrouvé un lien significatif avec ces points suivants :

- La précocité et la régularité de la prise en charge,
- L'absence de consommation de toxiques,
- L'absence de pathologies psychiatriques ou somatiques co-morbides,
- L'expression émotionnelle,
- La faible intensité de la symptomatologie.

Dans l'étude de Marwaha et al., l'abus de substance, la durée de la maladie, l'âge de survenue de la maladie (début précoce) et la présence de signes positifs sont des facteurs qui sont associées à un taux d'emploi plus faible (20,27).

La présence de troubles cognitifs est un facteur prédictif d'une incapacité à décrocher un emploi et s'y maintenir. Les troubles cognitifs auraient même plus d'impact sur l'insertion professionnelle que les symptômes positifs et les symptômes négatifs de la schizophrénie (27,39).

Pour Franck (27), les études ont démontrées au moins trois variables cognitives significatives qui prédiraient la reprise d'un emploi rémunéré ou la reprise des études : attention et traitement perceptif précoce, mémoire de travail et vitesse de traitement.

Les conséquences fonctionnelles des troubles cognitifs sont toutefois complexes. Elles pourraient être en partie modulées par d'autres facteurs. L'altération de certaines fonctions, en

particulier celle de l'attention et de la mémoire de travail, seraient directement liées à l'incapacité à exercer efficacement une activité professionnelle.

L'altération des fonctions exécutives, qui a des conséquences néfastes sur le comportement relationnel, ainsi que celle de la vitesse de traitement et de la mémoire de travail, en lien avec une baisse de la qualité des échanges sociaux, exerceraient de leur côté un effet négatif indirect, étant donné le rôle que les paramètres relationnels occupent généralement dans le milieu professionnel.

Les conséquences des troubles neurocognitifs sur le pronostic fonctionnel dépendent également d'autres paramètres. Toujours selon Franck (27), la métacognition, la cognition sociale, les compétences sociales générales, la capacité à gérer sa vie quotidienne, les symptômes et la motivation intrinsèque interviendraient ainsi en tant que médiateurs des effets délétères des troubles neurocognitifs. Dans un travail mené par Bowie et al. portant sur 222 patients souffrant de schizophrénie suivis en ambulatoire, Franck rappelle que les auteurs mettent en évidence que certaines altérations cognitives (telles que la mémoire verbale, les fonctions exécutives, l'attention, la fluence verbale) sont associées à une diminution des compétences dans le milieux du travail.

En ce qui concerne la conservation des fonctions cognitives, des hypothèses ont été émises chez les patients schizophrènes afin d'affiner le profil des patients pour qui les programmes de remédiation cognitive et de réinsertion professionnelle prévoiraient une efficacité : le potentiel d'apprentissage chez les patients schizophrènes (40), notamment évalué par la Wisconsin Card Sorting Test : il s'agit d'un test permettant d'évaluer les fonctions exécutives utilisées lors d'une situation nouvelle, non routinière. Ce test donnerait un indice de réussite de la réinsertion sociale et déterminerait les patients qui pourraient bénéficier d'un programme de remédiation cognitive.

McGurk et Mueser (41) proposent un modèle heuristique qui relie certaines fonctions cognitives (telles que l'attention, la rapidité psychomotrice, l'apprentissage verbal, les fonctions exécutives), certaines dimensions symptomatiques (symptômes négatifs et symptômes positifs) et la capacité de travail en milieu ordinaire ou en milieux protégé. Les objectifs à la base de ce modèle sont d'essayer d'identifier des zones d'intervention sur les symptômes, ou les troubles cognitifs permettant d'améliorer les capacités d'emploi (20).

D'autres facteurs ont été plus discutés :

-La conscience des troubles (ou insight), plus particulièrement dans le cadre de la schizophrénie (40) : il s'agit d'une notion complexe incluant la conscience du trouble mental, de ses conséquences sociales et des bénéfices du traitement. La conscience de soi (introspection) favoriserait l'engagement dans un processus de réhabilitation. Par contre, un insight développé peut parfois représenter un frein dans le processus, de réinsertion, la conscience aigue des troubles pouvant être difficile à tolérer (36).
-L'alliance thérapeutique (36) : favorise l'adhésion au traitement et le succès des psychothérapies, et reposerait sur 3 composantes : l'accord sur les buts, sur les tâches et la qualité du lien thérapeute-patient.
-La motivation : concept difficile à décrire, jouant probablement un rôle important dans le processus de réhabilitation, mais moins de recul sur le sujet. Une étude longitudinale ayant impliqué 123 patients souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif a montré que les capacités cognitives et la motivation sont toutes deux liées au pronostic professionnel, sur lequel elles exercent des effets indépendants (42).

-Les effets de la stigmatisation, qui présentent une problématique particulière et qui sont abordés dans le paragraphe suivant.

Problématique de la stigmatisation

La stigmatisation des personnes atteintes de handicap, tant moteur que mental, a été beaucoup étudiée, et a petit à petit été prise en compte dans la lutte contre les stéréotypes liés au handicap. Néanmoins, la stigmatisation dans le domaine de la psychiatrie prend une place à part et semble assez spécifique, renvoyant à des difficultés propres.

Le livre « stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale » de J-Y. Giordana (20) explore cette problématique.

En grec ancien, stitzein signifiait tatouer, marquer au fer rouge, et stigma renvoyait à la marque physique d'identification que l'on imprimait au fer sur la peau des esclaves de la Grèce antique pour indiquer au reste de la société leur statut inférieur ou leur moindre valeur en tant que membres de cette société. Du grec, le terme est passé au latin stigmata : marques imprimées aux esclaves et marques d'infamie, puis dans les langues modernes.

Le terme de stigmatisation est un terme complexe qui fait référence à un concept multidimensionnel. Il s'agit d'une attitude générale, de l'ordre du préjudice, induite par la méconnaissance ou l'ignorance d'une situation ou d'un état, et cette méconnaissance ou cette ignorance va générer des conduites et des comportements de discrimination. Il s'agit ainsi de toute parole ou action qui viserait à transformer le diagnostic d'une maladie, par exemple, en une marque négative pour la personne ayant cette affection.

Les multiples études portant sur la stigmatisation, quelque soient les continents et leur méthodologie ont amenées des résultats homogènes : il n'y a pas de société ou de culture où les personnes atteintes de maladie mentale seraient traitées d'égal à égal.

Selon Angermeyer dans la préface de ce livre, la stigmatisation des patients atteints de pathologie mentale peut-être exposé en deux mouvements : L'une concerne une médiatisation du savoir des experts, et renvoie davantage à l'idée que les maladies mentales sont de plus en plus considérées comme des « maladies du cerveau », associant des origines neurobiologiques à ces troubles. Cette conception tendrait à abaisser le seuil pour rechercher de l'aide chez ces patients. Cependant, l'attitude de rejet envers les malades psychiques n'a pas changé, au contraire : en « médicalisant » ce type de troubles, les patients ne seraient plus considérées comme des personnes responsables de leur maladie mais plutôt comme des personnes non responsables de ces troubles, et donc quelques part imprévisibles.

Concernant les études portant plus particulièrement sur les représentations sociales du grand public liées à la schizophrénie, la grande majorité des sujets interrogés ne considéraient pas le patient schizophrène responsable de sa maladie, mais le reliaient à des comportements violents et dangereux.

Sur les questions portant sur l'activité professionnelle, 30% des sujets interrogés en population générale n'accepteraient pas de travailler avec un patient souffrant de schizophrénie (26% disant ne pas savoir s'ils le feraient ou non). Ce serait à rapprocher des représentations sociales de la maladie mentale et plus spécifiquement de la schizophrénie, souvent très péjoratives, qui diminuent les possibilités d'insertion dans un milieu professionnel ordinaire.

Cette stigmatisation s'étend également à tout ce qui l'entoure, à sa famille, ses proches, son réseau de relation, à son environnement. Elle s'étend plus rapidement à sa famille et en particulier à ses parents. Cette stigmatisation peut également être interne, c'est-à-dire toucher

le sujet lui-même, avec l'idée qu'il serait dans l'incapacité de développer des relations sociales, de réaliser telle ou telle activité, ou de pouvoir travailler de nouveau, du fait de la pathologie ou du handicap résultant.

En partie suite à l'implication de familles de patients et leur demande en termes de reconnaissance et de prise en charge du handicap résultant, des organisations internationales ont commencé à s'intéresser à la défense des personnes atteintes de handicap mental ou psychique : la résolution 46/119 des Nations Unis (43) pose pour principe le respect de la liberté et des droits fondamentaux des personnes atteintes de maladie mentale. Elle insiste sur le fait qu'il ne doit pas exister de discrimination à cause d'une maladie mentale et que les personnes atteintes de maladies mentales doivent pouvoir exercer tous leurs droits (civiques, politiques, économiques, sociaux culturels, etc.) tels qu'ils sont reconnus par la Déclaration universelle des droits de l'homme. Elle rappelle que les personnes atteintes de maladie mentale ont le droit de vivre et de travailler dans la communauté dans toute la mesure du possible.

Depuis une quinzaine d'années maintenant, la lutte contre la stigmatisation des malades psychiques s'inscrit comme une priorité dans la quasi-totalité des programmes de santé mentale :

-Le rapport OMS de 2001, *« Nouvelles conceptions-nouveaux espoirs »* ; rapport OMS de 2005, « Conférence d'Helsinki : lutter collectivement contre la stigmatisation, la discrimination et les inégalités ».

-L'association mondiale de psychiatrie (World Psychiatric Association ou WPA) a entrepris une action d'envergure (programme Stigma 96, *« Open the doors »*) pour combattre ce tabou.

-Le rapport d'E.Piel et J.L. Roelandt, *« De la psychiatrie vers la santé mentale »* (44), rappelle que les droits de l'homme et du citoyen sont inaliénables, que les troubles psychiques ne les annulent en aucun cas et propose de faire de la lutte contre les préjugés un vecteur essentiel de la nouvelle organisation des soins.

-Le plan gouvernemental de santé mentale (B.Kouchner) en 2001, *« L'usager au centre d'un dispositif à rénover »*, pose en objectif prioritaire la lutte contre la stigmatisation attachée aux maladies mentales. Il propose même le réseau primaire de soins (les médecins généralistes) et les somaticiens comme cible privilégiés de cette action : *« une première campagne*

d'information sur les maladies mentales sera lancée en direction des professionnels de santé non spécialisés […] ».

-Le rapport produit par P.Cléry-Melin, V.Kovess et J-C.Pascal, *« Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale »*, en septembre 2003 (45) propose dans ses axes prioritaires, une sensibilisation du grand public au sujet de problèmes de santé psychique et propose d'élaborer avec les journalistes une charte de communication à propos des maladies mentales *« […] afin d'éviter les effets désastreux d'une exploitation outrancière et erronée de quelques faits divers ».*

-Plus récemment encore, le rapport remis par E.Couty, *« Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie »*, en janvier 2009 (46), aborde cette question essentielle :

« Dans le champ de la promotion de la santé, une priorité de santé publique : la lutte contre la discrimination et la stigmatisation du malade et de la maladie mentale […] Notre société stigmatise toujours les malades mentaux. En accentuant l'isolement social et la désinsertion professionnelle, la stigmatisation contribue à aggraver le handicap de ces malades. Pour remédier à ces attitudes, le public doit être mieux informé sur ces malades et sur les recherches en cours. La lutte contre la discrimination des malades mentaux et la stigmatisation de la « folie » constitue le point stratégique d'une politique de promotion de la santé mentale pour la France. A l'instar de nombreux pays étrangers, dont certains représentants ont été auditionnés par la commission, cette lutte doit faire l'objet d'un véritable plan d'actions dotées de moyens conséquents.

Cet axe prioritaire n'est que la traduction dans la politique nationale, d'un des objectifs retenus par le pacte européen pour la santé mentale, signé par la France en 2008…»

Dans ce rapport, la lutte contre les discriminations et la stigmatisation vise prioritairement le regard des psychoses chroniques et des schizophrènes : *« Changer le regard de la société vis-à-vis des psychotiques, cela suppose de s'engager dans un processus particulier, inscrit dans la durée. Il s'agit de concevoir et de mettre en place une démarche qui devra impliquer de nombreux acteurs dans le seul but de favoriser l'insertion dans la cité des malades psychotiques et de protéger leurs droits fondamentaux […]. Mais, cette lutte contre la discrimination et la stigmatisation se doit d'être conçue, aussi, comme un axe permanent d'attention structurant les activités de soins et de prévention, la formation (initiale et*

continue) de tous les acteurs de la santé mentale, mais aussi de certains travaux de recherche en ce domaine. »

En conclusion, les études montrent un impact de la stigmatisation sur l'accès à un logement (y compris en cas de mesure de protection), les relations interpersonnelles avec comme retentissement un isolement, et l'accès à un emploi. La stigmatisation a également été identifiée comme une source d'entrave à l'accès aux soins. On peut alors admettre que la stigmatisation est une dimension de la souffrance qui se rajoute à celle de la maladie. Pouvant toucher l'ensemble des sujets atteints d'une pathologie mentale ou d'un handicap psychique, la stigmatisation devient un enjeu de santé publique.

III. Expériences au niveau local, en France et à l'étranger

Il est difficile de lister de manière exhaustive la totalité des expériences ou programmes dont le but est l'insertion ou la réinsertion des personnes atteintes de pathologie psychiatrique.

Rinaldi et al. (47) ont suggéré qu'il existe très probablement au niveau international des différences culturelles importantes tant au niveau du système de santé, du système social ou de l'emploi, montrant que les modèles d'insertion sont difficilement transposables directement d'un pays à l'autre.

Nous avons donc fait un choix dans les expériences qui nous semblent les plus pertinentes. En premier lieu, nous proposons de présenter les deux associations-partenaires principales au niveau local, puis nous parlerons de différentes expériences pratiquées en France et à l'étranger pouvant présenter un intérêt dans l'insertion professionnelle de nos patients.

A. Expériences locales

1. L'association AIR

AIR (Association Restauration Insertion) (48) est une association à but non lucratif, reconnue d'intérêt général et régie par la loi du 1° juillet 1901, dont le but principal est la réinsertion professionnelle de patients atteints d'une pathologie mentale invalidante mais stabilisée. L'association est soumise à la convention collective des chantiers d'insertion, dépendants du Ministère du travail. L'association est dirigée par un bureau et un Conseil d'Administration. Le président de l'association est Charles Dissez, Psychiatre à la retraite.

Cette association dépend de 2 structures : la direction du travail et Pôle Emploi. L'inscription à Pôle Emploi est d'ailleurs indispensable à l'usager afin d'être orienté sur AIR. L'état prend en charge une partie du salaire de l'usager. Quand aux bénéfices éventuels de l'association, ils sont intégralement réinvestis dans les activités de l'association et le salaire des usagers et des encadrants salariés, conformément à la loi 1901.

AIR gère la cafétéria des cinémas « studio » depuis septembre 2005. Elle a pour objectif, en s'appuyant sur le travail, de constituer une étape intermédiaire pour les personnes qui veulent travailler en milieu ordinaire suite à un arrêt de leur activité professionnelle en raison de la pathologie ou de son handicap.

Comme son nom l'indique, le travail principal de cette association est la restauration. Les travaux proposés sont scindées en deux parties : le travail en salle de restaurant (prendre les commandes, serveur, caisse…) et le travail en cuisine (vaisselle, préparation des plats…).

Actuellement, l'association emploie :

- deux encadrants en cuisine,
- deux encadrants en salle,
- une comptable,
- neuf salariés en CDDI (contrat à durée limitée d'insertion).

Il faut ajouter à cela un nombre conséquent de bénévoles, évalués à une trentaine, plus ou moins impliqués dans l'association.

Au niveau de l'orientation, tout médecin peut orienter un patient vers la structure, qu'il ait un statut MDPH ou non. Afin de garantir le secret médical, une assistante sociale de secteur s'assure du profil compatible des demandeurs et oriente en premier lieu vers Pôle Emploi pour l'orientation en chantier d'insertion.

Les usagers qui débutent commencent par un stage de deux semaines, afin d'évaluer leur motivation et leur capacité au travail demandé et leurs possibilités d'apprentissage. Lors de cette période, l'une ou l'autre des parties peut faire interrompre le stage. Au terme de cette phase, un contrat peut être proposé pour un travail en salle ou en cuisine.

Les salariés en insertion travaillent en général 21h par semaine lors du premier contrat de travail de 6 mois renouvelable sur justification d'un projet d'insertion. Lors du 2° contrat le temps de travail hebdomadaire peut être augmenté. Le contrat peut-être renouvelé jusqu'à 3 fois au maximum.

L'association prévoit un accompagnement social et professionnel qui permet d'aider chaque salarié en insertion dans l'élaboration de son futur projet professionnel, pour la recherche d'un emploi ou d'une formation.

Un entretien avec un conseiller en insertion professionnelle avec l'usager est prévu au cours du premier mois de travail puis, par la suite, au moins une fois par mois. Ces entretiens sont une obligation pour les salariés en chantier d'insertion.

Une réunion hebdomadaire rassemble les salariés en insertion, le conseiller en insertion professionnelle, les encadrants techniques et le président. Elle permet d'organiser le travail quotidien, d'évoquer les problèmes rencontrés et les projets professionnels de chacun. Le conseiller d'insertion, les encadrants et les bénévoles participent à l'accompagnement des salariés en insertion. Chaque salarié en insertion a un parrain ou une marraine choisie parmi les bénévoles. Une réunion mensuelle est prévue pour les bénévoles de l'association.

Au total, bien que cette association encadre un nombre limité d'usagers, il s'agit d'une des formules de réinsertion de personnes schizophrènes les plus abouties au niveau local.

2. L'association ARPS/Synergence 37

L'ARPS, Association pour la Rééducation Professionnelle et Sociale, association privée à but non lucratif régie par la loi du 1° juillet 1901, trouve ses origines après guerre, et est issue du mouvement jociste. Ses valeurs de référence affichées sont le respect de la dignité, la promotion humaine et sociale, l'égalité des chances, la solidarité, la responsabilité et l'autonomie. Elle se donne pour mission d'accueillir les personnes handicapées les plus éloignées de l'emploi du fait de leur niveau de handicap ou de formation, ou du fait de leur situation sociale (49). L'association a une activité de bilan professionnel et de compétences, d'orientation des usagers en milieu protégé ou ordinaire et de gestion de CRP.

Les objectifs poursuivis par l'ARPS sont de :

- porter une analyse constante des besoins des personnes dans ses champs de compétences. Comme interlocutrice, elle porte seule ou en partenariat son analyse auprès des instances en charge de l'élaboration des politiques publiques locales, départementales ou nationales,
- structurer et développer des réponses aux besoins identifiés en dehors ou en lien avec les cadres institutionnels existants,
- créer, gérer des établissements dont les prestations visent à répondre aux missions qu'elle se donne par une intervention directe auprès des personnes ou de celles qui les accompagnent.

L'association emploie environ 140 salariés.

Au-delà de son rôle de gestionnaire d'établissements ou de services, l'ARPS est actrice dans un projet de société solidaire et s'investit dans un travail partenarial au sein des réseaux de son secteur : Fédération des établissements gestionnaires et des établissements de réadaptation professionnelle (FAGERH), Union Régionale Interfédérale des œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS), Confédération nationale handicap & emploi des organismes de placement spécialisés (CHEOPS), GALAXIE (réseau national pour favoriser l'insertion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap psychique)..

L'ARPS gère aujourd'hui 5 établissements et services :
-le CRP de Fontenailles et le CRRP de Sablé sur Sarthe qui proposent un accompagnement

global et adapté au service de l'orientation et de la formation professionnelle des personnes en situation de handicap : pré-orientation, formation préparatoire, formations qualifiantes,
-Handi Emploi Touraine dont me but est de faciliter l'insertion des personnes handicapées : accompagnement à la recherche d'emploi, soutien au maintien dans l'emploi, élaboration de projets de formations, conseil aux entreprises (secteur privé et public) souhaitant recruter un collaborateur handicapé, aide au recrutement,
-ARPS Formation Continue qui propose des actions de consolidation de l'employabilité des travailleurs handicapés (demandeurs d'emploi ou en activité, du secteur public ou privé) et d'accompagnement de leur environnement professionnel (encadrants, professionnels, représentants des fonctions sociales, ressources humaines, …) par des actions de formations professionnalisantes ou qualifiantes (contrat de professionnalisation),
-Enfin, notre interlocuteur privilégié, Synergence 37, expérimentation proposant des actions d'accompagnement à l'insertion socioprofessionnelle en direction des personnes en situation de handicap psychique. Sa création et son fonctionnement s'appuient sur la mise en réseau de compétences diverses du secteur de l'insertion professionnelle et sont entourés d'un comité de pilotage composé de partenaires locaux (Agefiph, Directte, Pôle Emploi, Région Centre, CHU de Tours …). L'expérimentation se terminait en fin d'année 2012, l'ARPS étudie actuellement les conditions de sa pérennisation, notamment en lien avec le CHU de Tours. Son site internet sera prochainement en ligne (50).

Les usagers orientés vers Synergence bénéficient d'un bilan personnel et professionnel, incluant une évaluation de la motivation au retour à l'emploi, une évaluation sociale et médicale, une évaluation des goûts et centres d'intérêt, un bilan neuropsychologique, et peuvent au terme du bilan proposer des ateliers visant la réinsertion ainsi que des groupes de réentrainement cognitif.

A l'issu du bilan, différentes actions peuvent être proposées : une recherche de formation, une intégration dans l'un des CRP, une orientation en milieu protégé ou ordinaire, etc…

En raison d'un manque d'ESAT adaptés au handicap psychique sur le département, Synergence est devenu le principal partenaire social de la psychiatrie du CHRU de Tours pour les projets d'insertion professionnelle.

B. Structures et programmes d'insertion professionnelle : expériences en France et à l'étranger

Afin de pouvoir évoluer et avancer dans nos possibilités de projets professionnels pour nos patients, nous avons réalisé une revue de la littérature concernant différents programme et structures existants, afin de nous en inspirer et d'en proposer des adaptations au niveau local. Cette liste est non exhaustive, nous avons donc fait un choix sur les expériences existantes.

1. Les centres de référence de la région Rhône-Alpes

En matière de réhabilitation psycho-sociale et de projets de retour à l'emploi pour les personnes ayant un handicap psychique, la région Rhône-Alpes est une référence et l'une des premières régions à s'être autant intéressée à la question du retour à l'emploi de ces personnes (51).

Dans son volet Psychiatrie et Santé mentale du Schéma régional d'organisation des soins (issu du projet régional de santé 2012-2017), l'Agence Régionale de Santé (ARS) Rhône-Alpes a souligné l'importance des soins de réhabilitation psycho-sociale : remédiation cognitive, entrainement des compétences sociales, éducation thérapeutique, soutien des familles et mise en situation professionnelle sans exigence de productivité. C'est pourquoi, elle a souhaité déployer ses soins de façon élargie au niveau régional selon une structuration prédéfinie.

L'ARS Rhône-Alpes a labellisé le 9 décembre 2013 les 3 premiers centres référents de France :

-Le Centre Hospitalier spécialisé Le Vinatier à Bron (Rhône) : Le centre référent lyonnais en réhabilitation et en remédiation cognitive (CL3R) regroupe 2 structures complémentaires : le Service universitaire de réhabilitation (SUR) et l'unité de diagnostic, d'évaluation et d'intervention précoce dans les psychoses (UDEIP). Cette dernière, implantée sur l'hôpital, met en œuvre une expertise diagnostique, impliquant une évaluation génétique associée à une approche neurodéveloppementale et comportementale.

-Le Centre Hospitalier Alpes-Isère à Saint-Egrève (Isère) : Le centre de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive (C3R) est structuré autour d'un hôpital de jour de

40 places, d'interventions individualisées dans le milieu (soins résidentiels) et d'une équipe de liaison dédiée aux interventions partenariales avec les équipes adressantes locales et territoriales. L'équipe est pluridisciplinaire : médecins, psychologues cliniciens, neuropsychologues, ergothérapeutes, infirmiers, assistant social, éducateur. Les personnes suivies présentent des pathologies variées : schizophrénie, syndrome d'Asperger, troubles de la personnalité, Troubles Déficitaires de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H), ainsi que de fréquentes comorbidités addictives. La structure héberge 2 centres experts (schizophrénie et Asperger adultes) dans le cadre du réseau national de recherche FondaMental.

-Le Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne (Loire) : l'activité du futur centre référent de réhabilitation de Saint-Etienne (REHACOOR 42) s'inscrit dans une conception globale et articulée des soins psychiatriques, instaurée depuis la fin des années 70 sur le bassin stéphanois. Cette approche intégrative du soin s'est traduite par l'instauration d'activités de réhabilitation, dans un cadre associatif à partir d'un lien organique avec les services de psychiatrie.

La région Rhône-Alpes est ainsi la première région de France à labelliser ces centres dont le rayonnement va couvrir toute la région selon un zonage défini et chacun de ces centres viendra en soutien des autres établissements psychiatriques (publics ou privés) de la région.

Ces centres ont explicitement vocation à favoriser la réinsertion des patients, au plus proche de leur domicile, et à participer à l'ensemble des missions du centre ressource. De plus, ils contribuent à la dé-stigmatisation comme à une meilleure connaissance du handicap psychique et des prises en charge de réadaptation.

Les centres s'inscrivent dans un réseau de soins en amont et en aval en relation avec d'autres structures de soins (notamment les secteurs psychiatriques), les acteurs des champs sociaux et médico-sociaux (par exemples, les ESAT), les médecins traitants et autres médecins libéraux. En effet, leurs interventions sont complémentaires des soins dispensés par les autres secteurs. Ils ont vocation à être ouvert aux patients en provenance d'autres établissements.

La recherche de « partenaires et de réseaux d'insertion » hors psychiatrie doit être une des priorités du centre afin d'offrir aux patients une évaluation complète de leurs potentialités (habiletés sociales, professionnelles…) et d'optimiser leurs chances de réinsertion.

2. L'expérience du réseau Galaxie

L'association Galaxie (52), association loi 1901 créée en septembre 2004, est le prolongement d'une aventure collective initiée en 2001 par une dizaine de structures venant d'horizons divers, mais animées d'une même volonté commune : favoriser l'insertion socioprofessionnelle des personnes handicapées par des troubles psychiques. Dans une dynamique de "tête de réseau", l'association regroupe des acteurs de l'insertion socioprofessionnelle de personnes en situation de handicap psychique.

Cette association comporte :
-une activité d'animation du réseau qu'elle fédère dans une perspective d'échanges de pratiques et de mutualisation des savoirs et des compétences,
-une activité de recherche, d'étude et d'expérimentation visant à améliorer les pratiques professionnelles d'accompagnement des personnes handicapées psychiques dans leur projet d'insertion,
-une activité d'appui technique et de formation permettant aux structures membres de Galaxie, mais également à d'autres partenaires de renforcer leurs compétences en matière d'accompagnement des personnes handicapées psychiques,
-une activité de communication en direction des personnes handicapées, des professionnels, des partenaires institutionnels, du grand public pour présenter l'association et ses actions et promouvoir la question de l'insertion des personnes en situation de handicap psychique.

Depuis 2005, la question du maintien dans l'emploi est un des axes qui a fait l'objet de groupes de travail réguliers augurés dans le cadre d'un programme européen (objectif 3).

L'option retenue pour entrer dans cette démarche a été de prendre en compte les points de vue et attentes de la plupart des acteurs concernés (personnes handicapées, entreprises, médecine du travail, psychiatrie et professionnels de l'accompagnement).

La synthèse d'interviews, de questionnaires, de partages d'expériences, de débats contradictoires a permis la formalisation d'un document de travail qui développe l'idée selon laquelle, il est possible et préférable de privilégier l'articulation entre des principes d'action opératoires spécifiques au handicap psychique, les besoins inhérents à la situation de maintien

dans l'emploi identifiée et les ressources internes et externes de l'environnement dans laquelle cette dernière s'exprime.

Cette approche singulière permet de mieux rendre compte la diversité des configurations des situations de maintien dans l'emploi pour lesquelles les structures adhérentes au réseau sont régulièrement interpellées, mais également, la diversité des modalités de réponse qu'elles mettent en œuvre à ce titre.

La page de présentation du site internet de l'association rappelle que, d'une manière générale, il est constaté une augmentation des situations de souffrance psychique en milieu de travail ; la question du maintien dans l'emploi de ces personnes constituerait donc un réel enjeu de société.

C'est d'autant plus dommageable que le maintien dans l'emploi exige de l'entreprise, notamment des collègues, une éthique et un engagement professionnel à la fois subtils et rigoureux, tolérants mais respectueux du cadre de travail mis en place.

De fait, d'après l'association, la question sémantique importe, de manière à préciser de quelles situations l'on parle : Le handicap psychique fait référence aux seuls bénéficiaires de la loi du11 février 2005, et donc, à un « estampillage » officiel, avec un poids symbolique négatif. La souffrance psychique est moins restrictive, mais cette formulation « fourre-tout » peut induire que tous les salariés en souffrance relèvent potentiellement d'une situation de handicap psychique, ce qui ne correspond pas à la réalité des situations vécues.

Aussi, la formulation de « salariés présentant des troubles psychiques» permet peut-être mieux de rendre compte du caractère massif et invalidant de cette souffrance nécessitant une approche spécialisée, tout en étant plus large que celle du handicap psychique reconnu.

Les situations de troubles psychiques ne peuvent donc être réduites au seul handicap psychique légalement reconnu, mais tout un travail préalable est nécessaire et avec le salarié pour l'amener à admettre les effets handicapants de ses troubles.

Dans des contextes très divers, les expériences étudiées au sein des groupes de travail précités ont mis en évidence quatre leviers indispensables au maintien dans l'emploi des publics fragilisés par des troubles psychiques.

-La personne fragilisée par des troubles psychiques :

Les principaux obstacles à la « volonté de faire » tournent autour de la question du déni, et de celle de la crainte d'être stigmatisé, voire mis en danger dans son maintien en poste. D'où la difficulté pour l'entreprise ou le médecin du travail de mettre le salarié suffisamment en confiance pour l'orienter vers un appui extérieur.

D'autre part, on constate une méconnaissance des salariés des ressources et des aides mobilisables dans ces situations.

Pour atténuer ce biais, l'association propose l'élaboration d'un dépliant informatif à glisser une fois par an avec le bulletin de salaire, expliquant ces situations et donnant les coordonnées des personnes-ressources variées, dans et hors de l'entreprise, auxquelles le salarié peut s'adresser.

Les médecins du travail pourraient aussi le distribuer au cours de leurs visites systématiques (plutôt que de le mettre sur un présentoir en salle d'attente, où il se perd parmi d'autres).

Par ailleurs, il serait pertinent pour l'association d'envisager la banalisation du nom des prestations proposées : « coaching » ou « redynamisation » pour l'accompagnement, « gestion du stress », « s'organiser dans son travail » sont des dénominations générales, sachant qu'on ne propose pas le même produit à un cadre stressé et à une personne souffrant de troubles psychiques. Parallèlement, ces mots pourraient également parler plus facilement à l'entreprise.

Une fois cet à-priori dépassé, une évaluation de la situation est nécessaire et doit être :

-Réaliste : il ne faut leurrer ni le salarié, ni ses collègues, ni le chef d'entreprise, sur les capacités réelles du salarié, et donc sur sa perte de compétences,

-Partagée : il peut y avoir des distorsions de l'évaluation de la situation selon les acteurs, il faut donc parvenir à un rapprochement des évaluations. Quand le salarié a donné son accord, il est important d'avoir le maximum de renseignements sur la situation globale de travail (fiche de poste, ambiance...). Le travail de l'opérateur pourra consister à faire évoluer la position du salarié par rapport à l'implication de son environnement de travail dans la préparation du retour,

-Dicible : L'acceptation de la nouvelle situation doit être construite, pour cela il faut à la fois jouer sur l'écoute de la souffrance et sur l'épreuve de réalité, avec douceur, fermeté et ténacité.

-L’entreprise :

Managers, collectif de travail et fonction tutoriale. Il est important d’intégrer la stratégie de maintien dans l’emploi des personnes souffrant de troubles psychiques dans la politique sociale globale de l’entreprise, en sensibilisant le management et les instances déjà existantes au titre de la sécurité (CHSCT, commissions, responsables de la sécurité), de la santé (médecin, infirmière), voire de la solidarité au travail (représentants du personnel, CE, cadres intermédiaires...). Cela permet de banaliser le signalement des situations de souffrance, en évitant la délation, la culpabilité, la stigmatisation.

Les cadres intermédiaires sont particulièrement concernés : c’est grâce à eux qu’une politique décidée par la hiérarchie peut réellement se mettre en place. Sans leur accord et leur sensibilisation, cette politique risque d’être seulement à usage externe, pour entretenir la bonne image de l’entreprise, mais sans réelle traduction concrète à l’interne.

Par ailleurs, la dimension collective est particulièrement importante et permet de situer la compensation au-delà du seul champ individuel.

L’état de fonctionnement et de handicap d’une personne est le résultat de l’interaction dynamique entre son problème de santé et les facteurs contextuels qui comprennent à la fois des facteurs interpersonnels et des facteurs environnementaux. Il s’agit bien de comprendre les processus de production du handicap qui intègrent des variables individuelles et des variables environnementales.

Il faut à la fois développer un accompagnement individuel et s’appuyer sur le collectif de travail dans une démarche tutoriale : le tutorat est un concept souvent mis en avant dans le cadre des bonnes pratiques au titre de l'intégration dans l'entreprise des personnes handicapées. Cependant, dans les faits et quelques soit le type de handicap, les tuteurs ont rarement un rôle très défini, ils ne sont pas toujours reconnus dans l’organigramme pour cette fonction.

Les situations de handicap psychique n'échappent pas à cette réalité. Pourtant il est évident que pour favoriser l’intégration du salarié en situation de handicap psychique, il est indispensable de pouvoir compter en interne de l'entreprise sur une personne "ressource". Il peut s'agir d'une personne qui, par sensibilité personnelle ou en fonction de sa place dans l'organisation du travail, sera l'interlocuteur privilégié de la personne handicapée (l'aidant à

gérer le quotidien au travail et les éventuels besoins de "réassurance" immédiats) et du service extérieur (en matière d'alerte et de garant de la mise en œuvre des préconisations "partagées" d'adaptation du poste de travail). Dans ce contexte, il n'y a pas réellement à envisager d'actions de "formation de tuteurs", mais davantage pouvoir disposer de temps et de la possibilité de rencontrer et d'échanger avec la personne ressource sur des éléments concrets en lien avec le contexte de l'entreprise et de la situation individuelle concernée. On peut alors imaginer que soit construite à son intention une check-list d'indicateurs de déstabilisation (liés au salarié : modification du comportement, absences, dégradation de la qualité du travail, ou à l'environnement de travail : mécontentement des collègues, conflits, changement dans l'équipe, déménagement, modifications même infimes de l'organisation ou du contenu des tâches) qui lui permettre de jouer son rôle d'alerte et préventif.

-L'intérêt d'un service spécialisé externe à l'entreprise :

Le maintien des personnes en situation de handicap psychique, convoque dans une nécessaire collaboration deux dimensions, pour ne pas dire "mondes", dont l'articulation naturelle ne va pas de soi. D'un côté le médical et de l'autre l'entreprise ayant chacun d'eux des objectifs, des organisations, des modalités de fonctionnement et des temporalités souvent diamétralement opposés.

Sans remettre en cause la volonté réciproque de ces deux acteurs clefs d'aider la personne en situation de handicap à pouvoir conserver son emploi, l'écart important existant entre les référentiels de chacun, rend difficile, pour ne pas dire plus, la communication nécessaire à la conduite et à la réussite d'une démarche de maintien dans l'emploi du public qui nous concerne.

Pourtant cette communication est indispensable et les éventuels "désaccordages" qui peuvent survenir ne font que renforcer la confusion qui s'exprime dans les situations de handicap psychique, et à terme, mettre en échec le maintien de la personne dans l'entreprise.

C'est à ce niveau que doit intervenir un élément de compensation, au sens de suppléer les difficultés ou incapacités de la personne à faire le lien entre les différents éléments qui composent son environnement (médical, social et professionnel) et aider la personne à mieux intégrer son vécu des situations professionnelles en décodant les « habitus » socioprofessionnels qui peuvent être ressenties comme des attaques personnelles et en permettant aux personnes d'évacuer une accumulation de tensions au travail.

Cette action de compensation, doit, selon l'association, être effectuée par un tiers (sans lien de subordination ou d'enjeux directs avec l'entreprise ou l'équipe médicale) situé entre ces deux pôles et en capacité de parler les deux "langages".

Il s'agit là de disposer d'un service, en capacité de dialoguer avec d'un côté l'univers médical et d'un autre côté celui de l'entreprise, c'est-à-dire connaissant suffisamment les codes et les réalités socio-économiques du monde de l'entreprise et les référentiels et les pratiques du milieu soignant. La présence d'un tel service permet d'assurer un rôle de désamorçage et de médiation.

En ce sens, cette démarche s'apparente à une "interface de communication" compensant les incapacités de la personne à dialoguer avec son environnement et rétablir le lien entre les différents éléments composant ce dernier.

Le Réseau Galaxie est aujourd'hui en mesure de préciser le type de compétences nécessaires à un tel service, ainsi que ses modalités d'action.

-La médecine du travail :

Celui-ci est à un poste clé en référence au droit du travail en France. C'est lui qui va devoir aborder la problématique de la maladie mentale avec le salarié. Il devra effectuer un diagnostic en matière d'aptitude et construire les appuis spécifiques si nécessaire.

Cependant, dans les faits, il semblerait, aujourd'hui, que ces services soient parfois démunis, non pas quant à l'appréciation des troubles, mais sur les ressources, internes et externes à l'entreprise, mobilisables et susceptibles de compléter leur intervention, que ce soit dans une logique de maintien au poste de travail, de reclassement professionnel ou d'une décision d'inaptitude, temporaire ou durable, au travail.

Dans des conditions réglementaires à préciser, une collaboration entre le médecin du travail et le service tiers spécialise pourrait porter sur :

-une évaluation des compétences psychosociales et du fonctionnement neurocognitif de la personne, mise en lien avec une analyse de poste de travail,

-un échange associant les responsables de l'entreprise et le collectif de travail sur les aménagements possibles ou pas de l'organisation du travail et sur les conduites à tenir.

La totalité des acteurs rencontrés par le réseau Galaxie dans le cadre de ce travail et les expériences de maintien dans l'emploi de personnes fragilisées par des troubles psychiques menées par ses structures adhérentes témoignent de la faisabilité de cette aventure complexe.

Pour l'association, beaucoup de travail reste cependant à faire pour couvrir les besoins existants et banaliser ces interventions, au même titre que celles qui existent pour d'autre type de handicap. Au-delà de la seule sphère du monde du travail, ce sont bien les représentations sociales des pathologies mentales qui doivent évoluer.

3. Les pratiques de soutien à l'emploi, ou « job-coaching »

Les pratiques d'accompagnement et de soutien à l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique ne sont pas nouvelles en France.

Les anglo-saxons se sont heurtés aux mêmes difficultés, face à des pratiques similaires destinées à ce même public. Ce constat les a conduits à tester, dans les années 1990, une stratégie de réinsertion alternative par rapport au modèle traditionnel : ce dernier repose sur la progressivité et le réentraînement préalable à l'insertion en milieu ordinaire de travail ; il respecte le principe, qui semble de bon sens, du « *Train and place* » (entraîner ou former puis réinsérer). L'approche alternative revendique et opère le renversement de ce principe, qui devient « *Place and train* » (53): insérer d'abord, puis former et soutenir dans le cadre de l'activité de travail. Il s'agit donc d'insérer au plus vite les personnes en milieu ordinaire de travail, sans étapes préparatoires qui tendent à différer indéfiniment le retour à l'emploi réel, mais d'assurer ensuite, sur le long terme, un réel soutien dans l'activité de travail. Une même personne, qualifiée de « *job coach* », assume les différentes tâches que sont l'aide à la recherche et à l'obtention d'un emploi, le soutien à la prise de poste puis tout au long de l'activité de travail (54).

Cette stratégie de réinsertion, qui prend le contrepied de nos pratiques habituelles, n'est pourtant pas si nouvelle. Elle a été mise en place aux États-Unis à la fin des années 1970, initialement avec des personnes présentant une déficience intellectuelle, puis avec des personnes handicapées physiques. Il y avait au départ cette hypothèse qu'il doit être possible d'insérer en milieu ordinaire des personnes sévèrement handicapées, sur des postes peu qualifiés, à condition de leur apporter une aide individuelle et continue. Cette pratique, dès le

début qualifiée de « *supported employment* », que nous traduisons en suivant nos collègues québécois par « le soutien à l'emploi » et que l'association européenne *European Union of Supported Employment* (EUSE) traduit quant à elle par « l'emploi assisté », a été élargie aux personnes présentant tous types de handicaps, y compris un handicap psychique.

Dans son article, Pachoud (53) résume, si on tient compte de cette nouvelle approche, les différentes pratiques d'accompagnement :

- le modèle de type emploi protégé (« *sheltered employment model* »), qui correspond à nos ESAT,
- le modèle du type emploi de transition (« *transitional employment model* ») repose sur le postulat que le meilleur moyen d'accéder au marché de l'emploi réside dans le développement graduel des habitudes de travail, dans le but de connaître des succès répétés dans des activités ou dans des milieux transitoires de travail rémunérés de plus en plus exigeants, afin de garantir la réussite de l'insertion en milieu ordinaire. On peut y rattacher en France les pratiques de réadaptation au travail. Les ESAT de Messidor appliquent également ce principe,
- le modèle du soutien à l'emploi (« *supported employment model* »), quant à lui, vise à remplacer la logique de la formation et du réentraînement préparatoire au retour à l'emploi, propre au modèle classique, par la logique plus hardie de la réinsertion directe en emploi ordinaire, mais avec le soutien d'un *job coach*.

Les pratiques de soutien à l'emploi sont régies par une série de règles que Pachoud rappelle :

- ce qui est visé est l'obtention d'un emploi en milieu ordinaire,
- le principe « *Zero exclusion* » signifie l'absence de sélection. Ceci ne signifie pas que tout le monde ait les mêmes chances de travailler. Cela signifie qu'un dispositif d'accompagnement à l'emploi offre un accès à l'emploi égal à tous. La demande de la personne d'accéder à un emploi suffit donc à justifier son admission dans le dispositif,
- la recherche d'emploi est rapide (l'emploi est trouvé en moyenne, et selon les études, dans le mois ou les trois mois suivant l'inscription),
- l'accompagnement est individualisé, singularisé, avec une attention particulière portée aux préférences et intérêts professionnels de la personne,
- l'équipe de soutien à l'emploi est intégrée ou au moins étroitement coordonnée à l'équipe soignante,
- le soutien est continu, adapté aux besoins, et sans limite dans la durée,

- des conseils en matière de prestations sociales sont fournis aux participants.

Il est tout d'abord facile de comprendre que les pratiques de « soutien à l'emploi » reposent essentiellement sur l'activité d'une personne, le « *job coach* » ou « conseiller en emploi spécialisé » comme l'appellent nos collègues québécois, dont il importe de définir le profil et les tâches.

Les auteurs s'accordent à souligner qu'il ne doit pas venir du monde des soins (ce n'est pas un clinicien ou un soignant), mais du monde du travail ; d'où l'utilité de sa coordination avec l'équipe soignante. Il importe en particulier qu'il connaisse le monde de l'entreprise, ses attentes, ses valeurs et ses codes relationnels.

Dans la majorité des programmes étudiés, le nombre de personnes accompagnées par le *job coach* est limité à vingt, sans limitation de la durée du suivi, ce qui permet une vraie disponibilité pour un accompagnement intensif dans les phases délicates de l'insertion (recherche d'emploi, embauche, prise de poste…).

L'importance accordée au fait que le *job coach* passe une grande part de son temps sur le terrain, et en particulier dans les entreprises au sein desquelles sont -ou vont être- insérées les personnes dont il assure l'accompagnement.

Dans une autre étude portant sur 23 programmes de soutien à l'emploi, développé au Canada et répartis sur 53 sites, cette équipe de recherche parvient à dégager statistiquement, en plus des sept principes IPS, six autres composantes susceptibles de variations selon les implantions (nombre de personnes suivies par le *job coach*, l'implication des familles, les activités préparatrices à l'emploi, la durée de l'évaluation initiale…) (54). Un des apports de cette étude est de montrer que ce n'est finalement pas seulement la fidélité aux principes IPS qui fait la différence entre les résultats en terme d'insertion, et qu'un des principaux facteurs de l'efficacité de ces pratiques tient en réalité aux compétences et attitudes -c'est-à-dire aux pratiques concrètes- des *job coaches* (53).

Des recherches portant spécifiquement sur les pratiques des *job-coaches* se développent, une meilleure connaissance de leur fonction devrait contribuer à orienter le recrutement de ces professionnels et à optimiser la formation à leur mission. Enfin, des travaux de synthèse sur les stratégies d'implantation des programmes de soutien à l'emploi sont précieux pour envisager l'expérimentation en France de ce type de pratique.

C'est à titre d'exemple le cas des ESAT de transition de l'association Messidor (55,56), au sein desquels l'objectif explicite n'est pas l'installation durable dans l'emploi en milieu protégé, mais un parcours de progression soit vers l'emploi en milieu ordinaire, soit vers un mode de rétablissement qui ne passe pas par le travail rémunéré, les deux issues étant envisagées comme une progression. Le taux de transition du milieu protégé vers le milieu ordinaire, supérieur à 10 % des effectifs chaque année, y est très nettement supérieur à celui des ESAT qui ne font pas de la réinsertion en milieu ordinaire un objectif central. Il sera discuté de l'association Messidor dans un prochain chapitre.

Au niveau des résultats, plusieurs études relèvent pour la méthode IPS un taux d'insertion en milieu ordinaire d'environ 60 % à l'issue d'un suivi de 18 mois en moyenne (allant de six à 30 mois), alors qu'il n'est que de 24 % avec les autres méthodes d'accompagnement vers l'emploi (57).

Des études ont également montré une supériorité du programme IPS: Une étude portant sur une ville de six pays européens différent (Angleterre, Allemagne, Hollande, Italie, Bulgarie et Suisse) a démontré une supériorité cout/efficacité de l'IPS par rapport aux programmes standard de réinsertion tels qu'ils sont appliqués dans ces pays-ci, avec des résultats en terme de coût en faveur de l'IPS dans 5 pays sur 6, dont 4 de manière significative (58).

Les recommandations anglaises du National Institute for Health and Clinical Excellence recommandent que le soutient à l'emploi, plus particulièrement le protocole IPS, puisse être proposé pour les patients atteints de Schizophrénie (59).

Néanmoins, une étude prospective anglaise sur 2 ans (60) tempère légèrement l'efficacité de l'IPS qui, sur le niveau de salaire atteint par les usagers, serait comparable à un programme de placement diversifié standard.

4. Les « entreprises sociales », ou « coopératives sociales »

a) « Entreprises sociales » ou « social firms » : un exemple en Angleterre

Les entreprises « sociales » (ou « social firms » ou « social entreprises » en anglais) sont des entreprises à but lucratif mais ayant prioritairement un rôle social, dont le but premier est l'emploi de personnes désavantagées sur le plan du marché de l'emploi (2).

Les activités sont essentiellement la manufacture, du service industriel, du recyclage, de l'horticulture et de la restauration. Ces entreprises génèrent au moins la moitié de leurs revenus par les ventes, le reste par les aides gouvernementales. Leurs bénéfices sont réinvestis en grand partie dans l'entreprise, le reste étant distribué comme profit individuel. Les salariés seraient payés au prorata de leur efficacité au travail. D'après les auteurs, les employés de ce type d'entreprise seraient moins confrontés à des échecs de retour à l'emploi par rapport aux programmes traditionnels.

Dans leur étude, Gilbert et al. (2) ont tenté de lister le nombre de ce type d'entreprises au Royaume Uni et ont évalué la proportion de sujets atteints de pathologie mentale: au total, 76 entreprises ont été comptabilisées, employant 692 personnes, principalement dans le sud de l'Angleterre.

Le pourcentage d'employés atteints de pathologies mentales est faible (entre 3 et 6,5%). Parmi eux, plus de 50% présentent une schizophrénie ou un trouble bipolaire. Plus des deux tiers de ces entreprises sont en lien avec des usagers atteints de pathologie mentale et plus d'un quart reçoivent des fonds gouvernementaux ou d'associations de charité. La plupart des travailleurs atteints de pathologie mentale ont été employées pendant plus de 2 ans.

Les auteurs proposent de développer ce type d'activités jugées complémentaires aux programmes de soutien à l'emploi type IPS. L'idée est que dans les régions où les programmes IPS seraient inaccessibles, les entreprises sociales seraient une façon de retrouver une activité professionnelle rémunérée et de faciliter le projet de réinsertion.

b) Les entreprises à économie sociale d'Italie

En Italie, les entreprises dites « à économie sociale » fonctionnent essentiellement sur le mode de coopératives selon Villoti (61).

Les coopératives sociales sont des entreprises dont l'objectif premier de profiter à la communauté, en fournissant des services publics. Elles sont rattachées à des fédérations régionales et nationales, ce qui leur permet de rester petites et implantées localement, tout en faisant des économies d'échelle et en disposant de services spécialisés compétitifs. Elles disposent de leurs actifs et appartiennent de façon démocratique par un collectif comprenant ceux qui y travaillent, ceux qui en sont bénéficiaires et des investisseurs. Les coopératives

sociales bénéficient d'un cadre législatif et financier qui leur permet de se développer et de se pérenniser ; grâce aux avantages fiscaux, elles peuvent réinvestir les bénéfices dans le soutien et le développement du secteur, en créant de cette façon un cercle vertueux.

Les principales activités des coopératives sociales sont l'aide à domicile pour les personnes handicapées, pour les enfants et les personnes âgées, le reclassement professionnel, la réinsertion professionnelle des personnes défavorisées ou sans emploi, la production artisanale, le travail de main-d'œuvre dans l'agriculture et la pêche, le commerce éthique et équitable.

Deux types de coopératives sociales sont distingués :

-Les coopératives sociales de type « A » : Elles sont destinées à gérer des services sociaux, de santé et d'éducation : Elles fonctionnent comme des entreprises à vocation commerciale, avec des employés et des bénévoles, tous membres de la coopérative. Soixante-dix pour cent environ des coopératives sociales sont de « type A ». Les personnes bénéficiaires de ces services sont les personnes âgées, les enfants de moins de 16 ans, et les handicapés. Habituellement, les coopératives sociales de « type A » offrent leurs services dans des établissements ou résidences dont elles sont gestionnaires, mais certaines opèrent aussi de façon domestique, offrant leurs services à domicile. Sur les 230 000 personnes employées dans les coopératives sociales de type A, 210 000 personnes environ s'occupent de services sociaux et de santé. Parmi les 6184 coopératives actives en 2008 dans le secteur des services sociaux et de la santé, 76,1 % (c'est-à-dire 4704 organisations et 165 103 salariés) ont fourni des services d'action sociale, tandis que 8,4 % ont aussi fourni des services de soins à domicile (963 coopératives et 30 471 employés). En général, les coopératives sociales de type A ne sont pas grandes, avec un effectif se situant typiquement entre 40 et 50 personnes.

-Les coopératives sociales de type « B » : Elles visent à offrir des opportunités d'emploi aux personnes défavorisées : ce sont des agences pour l'insertion professionnelle des personnes désavantagées, et elles sont proches, par leurs objectifs, des entreprises sociales mieux connues dans le reste du monde. Leur fonction principale est d'offrir un environnement de travail aux personnes marginalisées, leur permettant de s'intégrer dans une communauté plus large, dans le but de leur apporter les compétences et la confiance nécessaires pour travailler de façon durable. Les taux de salaires dans les coopératives sociales de type B sont généralement bons, avec plus de 40 % des employés qui reçoivent un salaire juste en dessous du salaire moyen, ce qui est nettement plus que ce que ces personnes pourraient espérer

gagner autrement. Les activités principales dans lesquels sont impliquées les entreprises sociales de type B comprennent le nettoyage, l'aménagement de jardins, l'entretien des parcs, le montage et l'assemblage, et la blanchisserie. Parmi les autres activités privilégiées, on trouve le service au bar, les centres d'appel et la reliure. Toutes les personnes soutenues par ce genre d'entreprises sociales y sont adressées par les services sociaux du département, par conséquent leur situation personnelle est connue de la coopérative. La taille moyenne des coopératives sociales de type B est plutôt petite (13–15 employés), avec un nombre moyen de travailleurs défavorisés de 6 à 7 personnes, soit un peu moins de la moitié de l'effectif de ces structures. La majorité des employés dans ces organisations travaillent dans le secteur des services.

Les coopératives italiennes de type B se sont avérées très utiles pour aider cette catégorie de travailleurs désavantagés à trouver et à conserver un emploi. L'environnement de travail y est plus souple, permettant une meilleure intégration, avec moins de stigmatisation et plus d'accommodements de travail que ce n'est le cas en milieu de travail ordinaire, public ou privé. Zaniboni et ses collègues, en 2011 (62), ont identifié trois types de projets professionnels chez ces personnes, employées dans les coopératives italiennes de type B. Trente pour cent d'entre elles font part de la ferme intention de rejoindre le monde du travail ordinaire ; 12,3 % souhaitent arrêter de travailler, tandis que 57,7 % expriment le souhait de continuer de travailler dans la coopérative sociale. Par conséquent, la majorité des personnes étudiées ont manifesté l'intention de continuer à travailler, ce qui démontre l'efficacité des coopératives sociales à promouvoir l'intégration au travail.

Les auteurs arrivent à cette conclusion : *« La force des coopératives sociales vient aussi du fait qu'elles sont de petite taille, ce qui leur permet de s'enraciner dans le territoire où elles opèrent, et de rester proches des besoins des gens. Cela implique qu'elles aient la capacité de profiter d'un capital social qu'elles contribuent à créer. En outre, le regroupement en consortiums locaux et nationaux donne aux coopératives sociales les avantages à la fois des petites et des grandes entreprises. Un autre aspect positif est la capacité des coopératives sociales italiennes de réunir des ressources humaines hautement qualifiées, grâce aussi à la participation des bénévoles et à la capacité d'embaucher des personnes qui se distinguent par leur comportement altruiste. Elles disposent aussi de capacités innovantes liées à un bon niveau d'indépendance à l'égard des pouvoirs publics, dans les décisions concernant la stratégie d'entreprise. Il est notable à ce sujet qu'un nombre important de nouveaux services sociaux en Italie ont été développés par des coopératives sociales. »*

5. Les ESAT de transition de l'association Messidor : Un exemple d'ESAT à dominante handicap psychique

Peu d'ESAT à dominante handicap psychique existent à l'heure actuelle. On peut d'autant plus souligner le travail de l'association Messidor en Haute-Savoie qui développe un système de réinsertion adapté aux travailleurs atteints de handicap psychique et qui s'inscrit dans une démarche d'accompagnement du travailleur proche des techniques de soutien à l'emploi (55).

Environ 700 personnes par an travaillent dans les 13 établissements ESAT ou EA de l'association, où elles bénéficient d'un accompagnement, assuré par 180 professionnels. Les secteurs d'activités proposés sont divers : entretien des espaces verts, secteurs logistique et industriel, bureautique, reprographie et PAO, hygiène et propreté etc. Les prestations sont réalisées généralement en équipe, et en majorité directement chez le client ou à l'extérieur des locaux de Messidor.

L'ensemble des usagers bénéficie d'un double suivi :

-par un responsable d'unité de production (RUP), manager d'une équipe de travailleurs restreinte, La mission du RUP est double : d'une part, une mission « économique » où il doit assurer la viabilité économique de son équipe en fournissant et en facturant des prestations de qualité à ses clients, d'autre part, une mission plus « sociale » de développement et accompagnement des travailleurs, où il organise le fonctionnement de son équipe de telle sorte que chaque travailleur puisse progresser, et ce en fonction de son projet jusqu'à son éventuelle sortie en milieu ordinaire.

- par un conseiller d'insertion (CI), positionné comme accompagnateur de la démarche de transition. Il intervient en appui du RUP dans le même objectif d'insertion professionnelle et/ou sociale. Il est garant de l'élaboration du projet individuel du travailleur et veille à sa mise en œuvre ; il assure un rôle de tiers entre le RUP et le travailleur, et afin d'inscrire le projet professionnel dans le projet de vie du travailleur, il établit des liens étroits avec le champ sanitaire et médico-social, notamment pour que les équipes de soin (psychologue, infirmier référents) puissent contribuer à soutenir le projet professionnel de la personne.

Pour de Pierrefeu et Chatbonneau (56), le suivi assuré par le CI s'apparente à celui réalisé par le « conseiller en emploi spécialisé » au Québec, ou le « job coach » dans les programmes de

soutien à l'emploi, notamment pour ce qui concerne la phase de transition vers le milieu ordinaire (identification de postes, candidature, lien avec l'employeur) mais aussi ensuite lors du suivi et du soutien en emploi, notamment pour gérer les éventuelles difficultés rencontrées en poste.

Cette pratique d'insertion se distingue des autres du secteur protégé car elle cherche à favoriser la réinsertion professionnelle en milieu ordinaire de travail. L'objectif pour le travailleur, et pour l'équipe encadrante, n'est pas de rester à l'ESAT mais d'en sortir. L'expérience de travail en milieu protégé est en effet envisagée comme une étape, une transition, soit vers une activité de travail en milieu ordinaire, soit vers un autre type d'activité et de rétablissement social, d'où cette dénomination d'« ESAT de transition » (58).

La démarche de Messidor est basée sur cette notion d'accompagnement tant :

-en interne : le double accompagnement proposé et des rencontres à trois tous les trimestres au minimum, vont permettre de revenir régulièrement sur les tâches que les travailleurs réalisent, sur ce qu'ils aiment faire ou pas, sur les difficultés observées. Cette analyse est croisée par le point de vue du travailleur et de son responsable. Le conseiller d'insertion étant plus là pour pondérer, reformuler, tirer les grandes lignes, synthétiser et aider les autres personnes à mesurer l'évolution du parcours. Bien que la dimension médicale ne fasse pas partie de leur champ de compétence, les encadrants doivent, à partir de la simple observation, pouvoir informer les conseillers d'insertion de toutes les attitudes inhabituelles qu'ils auront remarqués dans leur équipe.

-en externe : un des moyens envisagés pour compenser les difficultés liées au handicap psychique est le travail en réseau. Ce travail, que ce soit avec les équipes sanitaires ou médico-sociales, est utilisé afin de mieux comprendre tous les enjeux de la vie de chaque travailleur. Les échanges et partenariat permettent aussi d'envisager parfois la consolidation de certains accompagnements.

Avec la loi 2002-2, Messidor Rhône Alpes a d'autre part décidé de se doter du Conseil à la Vie Sociale sur une dimension régionale.

Depuis les années 90, les encadrants de Messidor, outre l'entretien à trois organisé tous les trimestres, ont mis en place des réunions d'équipe ou de secteur appelés conseil des travailleurs. Généralement, ces conseils ont pour but d'informer les travailleurs sur la vie d'un secteur d'activité ou sur l'établissement dans sa totalité. Ensuite, chaque travailleur

individuellement ou un rapporteur de chaque secteur ou équipe fait remonter un certain nombre de doléances, d'incompréhension, de mécontentements. Ces conseils des travailleurs sont généralement présidés par le directeur de l'établissement, entourés par les autres encadrants. Ces moments sont aussi le moyen de rassurer, motiver et positiver le travail accompli par l'ensemble de l'équipe sur une année.

Les apports des actions de formations :

Au même titre que le travail, la formation est vue dans l'ESAT comme un moyen de contribuer à la valorisation de la personne.

Un autre objectif global de la formation dans le parcours est la redynamisation et la possibilité de provoquer un « déclic », une appropriation du projet par l'intéressé lui même.

L'association proposé un panel assez large de formations :

-Apprendre à apprendre (remédiation cognitive) /Communication et Gestion du Quotidien /Atelier des Savoirs de Base /Image Professionnelle et Tenue Adaptée / Gestes et Postures /Initiation Informatique…

-Hygiène en restauration / Qualification au métier de la plonge…

-Connaissance et utilisation des produits / Attitude de service…

-CACES (Certificat d'Aptitude à la Conduite d'Engins spéciaux)

-Connaissance de la chaîne graphique / Maîtrise des outils bureautiques, graphiques…

-Tailles d'arbustes / Entretien du petit matériel…

-Reconnaissance de savoir-faire professionnels

-Techniques de recherche d'emploi.

L'organisation mise en place :

Compte tenu de son objectif et de son devoir d'articulation dans le travail, elle intervient donc à tous les stades et dans tous les domaines du parcours de transition proposé. Chaque encadrant Responsable d'Unité de Production (RUP), Conseiller d'Insertion (CI), Assistantes, Responsable de Secteur d'Activité (RSA) et directeurs jouent un rôle déterminant dans sa mise en œuvre. Pour qu'elle soit intégrée à l'organisation du travail, l'élaboration d'outils de communication interne est nécessaire à sa mise en œuvre :

-un « Carnet de bord de la formation » à l'attention des CI, RSA, RUP qui favorise la connaissance des formations proposées,

-un « Passeport formation » à l'attention des travailleurs permet l'appropriation de leur parcours,

-un « Plan de formation individualisé » constitue un tableau récapitulatif des actions et dates de formations collectives programmées à disposition des CI/RUP afin qu'ils puissent «anticiper» les parcours.

Enfin, que ce soit dans le cadre de la mise en situation concrète de travail ou lors des entretiens à trois, Messidor explore ces quatre champs d'évaluation (issus des travaux du réseau galaxie) quelque soit l'issue du parcours :

Le champ cognitif :

repérage spatio-temporel, intégration, assimilation et mémorisation des consignes, concentration et mobilisation de l'attention, mobilisation du savoir, capacités de jugement, de raisonnement logique et d'analyse.

Les habiletés sociales :

liens et repères sociaux, la mobilisation des « savoirs-être » et des habiletés comportementales, la gestion de l'hygiène de vie, les habiletés fonctionnelles et décisionnelles.

Les habiletés professionnelles :

vitesse d'exécution, mobilisation des savoir-faire, endurance,

Les habiletés fonctionnelles et décisionnelles :

identité personnelle, perception de soi et de ses compétences, anxiété, intégration dans le groupe, gestion émotionnelle, gestion relationnelle, habiletés décisionnelles, sensibilité au changement.

En terme d'efficacité, le taux d'insertion en milieu ordinaire des travailleurs de Messidor est proche de 10 % des effectifs annuels et supérieur à 30 % des effectifs sortants, soit un score a priori supérieur à celui de la majorité des ESAT traditionnels en France. Environ 25 % des personnes engagées dans une démarche de transition au sein de Messidor parviennent, après 3 à 4 ans en moyenne, à une insertion en milieu ordinaire de travail (55).

D'après de Pierrefeu et Charbonneau (56), quatre critères expliquent l'efficacité de Messidor :

- une exigence de productivité qui tend vers celle du milieu ordinaire et permet de dégager les ressources financières nécessaires pour assurer un encadrement en proximité et personnalisé,
- un taux d'encadrement élevé des travailleurs : un encadrant pour 5 ou 6 travailleurs environ, par rapport à une moyenne de 1 moniteur d'atelier pour 12 à 15 travailleurs,

et parfois plus, dans les autres ESAT dédiés au handicap psychique. Chez Messidor, l'encadrant est un « responsable d'unité de production (RUP) » et non un moniteur d'atelier ; il gère et supervise en effet toute son « unité de production », c'est-à-dire l'activité économique de son unité, du devis à la réalisation de la prestation, en totale autonomie, comme le serait un gérant d'une petite PME,

- l'accompagnement individualisé des travailleurs se prolonge au-delà du temps dans l'ESAT puisque les personnes sont accompagnées aussi à la construction d'un projet de « sortie », pour « l'après-Messidor ». Chaque travailleur est ainsi suivi dès le début de son parcours, par un conseiller d'insertion (CI). L'objectif du conseiller est d'accompagner à construire un projet d'insertion progressivement, puis d'aider à la recherche d'un emploi et ensuite faciliter les débuts de la nouvelle activité dans l'entreprise. Il s'agit bien d'aider à trouver et à garder un emploi. Sur ces deux aspects la pratique s'apparente à celle des programmes de soutien à l'emploi où le « job coach » est en charge d'aider à l'insertion et au maintien en poste,
- l'accompagnement des travailleurs des ESAT est réalisé par un double encadrement, par le responsable d'unité de production (RUP) et par le conseiller d'insertion (CI). Ce double encadrement a des effets en terme de facilitation d'insertion en milieu ordinaire, et aussi en terme de rétablissement psychosocial de la personne.

6. L'association Clubhouse France

Un « clubhouse » est un lieu de vie créé pour et avec des personnes fragilisées par les effets de troubles mentaux dans le but de faciliter leur socialisation et leur réinsertion professionnelle.

L'association Clubhouse France (63), basée à Paris, a pour objet d'améliorer la qualité de vie de personnes fragilisées par un handicap psychique. La structure, en premier lieu, offre à des personnes adultes souffrant de troubles mentaux un lieu de vie. L'usager peut y retrouver des pairs pour parler librement dans une ambiance de compréhension, de participation et de partage amical.

Le but premier du clubhouse est la gestion quotidienne de la maison, des actions de communication et d'information, des ateliers recherche d'emploi et coaching et des activités

culturelles. A ce jour, six membres ont déjà trouvé un emploi en milieu ordinaire de travail. Chaque membre bénéficie d'un suivi individualisé de ses objectifs personnels.

Au cours de l'année 2011, 63 personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères se sont inscrites.

Les buts affichés de l'association sont de :
-faciliter la réinsertion sociale et professionnelle de personnes fragilisées par des troubles mentaux,
-créer et favoriser la création et la gestion de clubhouses, lieux d'accueil, d'échange et d'activités entre personnes fragilisées par des troubles mentaux,
-informer les personnes touchées, les familles, les entreprises et, plus généralement, l'opinion publique sur les troubles mentaux,
-lutter contre toute forme de discrimination à l'égard des personnes souffrant de maladies psychiatriques,
-défendre l'image, la dignité et les droits des personnes en situation de handicap psychique,
-développer les relations interprofessionnelles et pluridisciplinaires, les échanges au plan national et international, la coopération entre les acteurs publics et privés dans le domaine de la santé mentale,
-introduire sur le territoire français une démarche globale d'accompagnement sur le modèle créé à New York (Etats-Unis) en 1948 appelé « Clubhouse » et intégrer ainsi les normes et les règles du centre international ICCD (International Center for Clubhouse Development),
- mener des actions de formation et de sensibilisation en lien avec son objet,
-encourager la formation de structures autonomes (groupes d'auto support) pour les personnes souffrantes et leurs familles.

Trois objectifs principaux guident leurs actions :
-Rompre l'isolement,
-Faciliter l'insertion sociale et professionnelle,
-Lutter contre la stigmatisation.

D'après les salariés, l'originalité du clubhouse serait triple:
-offrir dans un lieu unique les services d'accompagnement indispensables,
-organiser la mixité de la gestion assurée conjointement par les malades et les salariés,
-promouvoir une insertion professionnelle innovante et adaptée dans des « emplois de transition ».

La philosophie du clubhouse s'appuie sur les besoins et les souhaits de ses membres et non sur leurs faiblesses. Elle est fondée sur la conviction que le potentiel inexploité de chacun peut être développé collectivement dans un environnement non -médicalisé.

Ce modèle a été imaginé en 1948 à New York lorsqu'un généreux donateur mit un local à la disposition de personnes ayant une maladie psychiatrique pour qu'elles puissent se rencontrer librement, sans craindre d'être jugées. Devant le succès de cette expérience connue sous le nom du lieu, « Fountain House », « l'International Center for Clubhouse Development » (ICCD) a été créé en 1994 pour la diffuser.

On compterait actuellement plus de 350 clubhouses (soient plus de 60 000 membres bénéficiaires) dans le monde répartis entre les Etats Unis et l'Australie en passant par le Canada, la Finlande, l'Allemagne et la Chine.

Les normes internationales pour les programmes clubhouse ont été créées d'un commun accord par la communauté internationale des clubhouses accrédités par l'ICCD et définissent le modèle type de clubhouse ayant pour but la réinsertion de ses membres. Les principes exprimés au travers de ces normes sont à la base même de l'aide apporté aux membres afin de les aider à éviter l'hospitalisation psychiatrique tout en leur permettant d'atteindre leurs objectifs sociaux et financiers et ainsi de les aider à réaliser leurs vocations.

L'intérêt du projet vient de ce qu'il articule les notions de « club » et de « travail » dans une approche globale de l'accompagnement.

Selon les salariés de l'association, la notion de « club » présenterait l'avantage de dé-stigmatiser les troubles mentaux en créant une communauté de personnes fragilisées (appelées membres) désireuses de sortir de leur isolement et de retrouver un lien social. Le principe est celui de la mobilisation de tous les membres du club en suscitant l'appropriation par chacun de l'institution et de ses programmes. Les participants sont appelés « membres » pour souligner le sens d'appartenance à un groupe et l'importance de la contribution de chacun. On devient membre à vie, si souhaité et nécessaire.

La réinsertion sociale par le travail est mise en œuvre dans le cadre d'un programme d' « emplois de transition ». Adossés à des contrats de partenariats conclus avec des entreprises ou des administrations, ces emplois sont principalement peu qualifiés, occupés à plein temps ou à temps partiel pour une durée de 6 à 9 mois, un an au maximum. Un cadre du clubhouse a

accès au lieu de travail afin d'accompagner l'entreprise dans son embauche tout en soutenant un membre qui débute ou qui rencontre des difficultés.

« Le Clubhouse a été reconnu comme une initiative innovante par le Plan National de Psychiatrie et de Santé Mentale annoncé par le gouvernement en 2011. Les besoins sont considérables partout en France. Deux millions de personnes souffrent de troubles psychiatriques handicapants tels que la schizophrénie, la bipolarité, la dépression sévère, les Tocs et les addictions. En partenariat avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), nous avons cette année recruté un doctorant pour évaluer précisément nos résultats.

A la lumière de ceux-ci nous ferons les corrections nécessaires et nous envisagerons le développement à venir des clubhouses en France. »

7. Le réseau ESATITUDE de la Côte d'Azur

ESATITUDE est un ESAT établi en réseau départemental qui permet de répondre à des demandes de particuliers et d'entreprises privées ou publiques, à vocation départementale, régionale ou nationale (64).

Le réseau propose un large éventail d'activités en sous-traitance, production propre ou prestation de services. L'intérêt de cette ESAT se situe dans les possibilités de réinsertion dans différents domaines : espace vert, jardinerie, nettoyage, blanchisserie, hôtellerie/restauration, ainsi que d'autres activités plus spécifiques ou ponctuelles.

La mission de l'ESAT est *« d'apporter à nos ouvriers les meilleures conditions dans l'exercice de leur vie professionnelle, par la formation, la qualité de l'encadrement, l'adaptation et la valorisation des tâches proposées. »*

Ces métiers très variés, font toujours référence aux normes exigées allant, parfois, jusqu'à la certification ISO 9001 pour certains établissements.

Actuellement, l'ESAT fait travailler un peu plus de 400 usagers au sein des ses différentes structures. Le réseau comporte essentiellement quatre sites : deux sites à Nice, un site à Menton, un site à Antibes. Certaines activités se déroulent également à Cannes.

Il existe deux façons d'être orienté vers cette ESAT : après obtention d'un statut MDPH, à titre personnel ou via la psychiatrie, en particulier le service de réhabilitation psycho-sociale du Centre Hospitalier Spécialisé Sainte-Marie de Nice.
Le principe en est le suivant : un usager à orientation MDPH (handicap psychique ou mental) peut bénéficier d'un stage d'observation de deux semaines au sein d'un service de son choix mais nécessitant une main d'œuvre. Au terme de cette période d'observation, un entretien avec une responsable administrative et un psychologue a lieu. En cas d'accord des 2 parties, un C.D.D.I. est proposé à l'usager, pour une durée variable (en général 6 mois). Au terme de ce contrat, en fonction du profil, du travail fourni par l'usager et des besoins du service, le contrat peut-être renouvelée, interrompu, dans certains cas un C.D.I est proposé.
Les usagers qui manifestent des capacités suffisantes peuvent quitter le centre et intégrer un Atelier Protégé ou être orienté vers le milieu ordinaire.

IV. Discussion

Nous l'avons vu, de nombreux paramètres interviennent dans les possibilités d'employabilité des patients schizophrènes. Ces paramètres concernent des facteurs liés à la pathologie et au handicap de ces patients, mais également dans les disponibilités de structures pouvant amener à un retour à l'emploi.

A. A propos de la stigmatisation : information, éducation, campagnes de communication

Nous avons vus que les représentations sociales (de la « schizophrénie », du « fou », du « malade mental », etc…) pouvaient être de puissants relais de l'exclusion sociale pour les personnes ayant des troubles psychiques et pouvaient même avoir un impact sur l'accès aux soins. Des actions sont à entreprendre en termes de campagnes de lutte contre la stigmatisation pour nos patients schizophrènes.

Les partenaires sociaux, notamment ceux travaillant en ESAT, et qui jusqu'à présent recevaient peu de personnes en situation de handicap psychique, peuvent également se figurer

des représentations erronées de ces pathologies. Alors que la loi du 11 février 2005 offre les mêmes droits aux personnes atteintes de handicap psychique et que ces personnes peuvent être orientées vers les ESAT, il est important de faciliter leur orientation au sein de ces structures. Après avoir rencontré des travailleurs sociaux d'ESAT, il nous est apparu important de pouvoir partager avec eux notre expérience des pathologies mentales. Il devient alors nécessaire de pouvoir organiser des rencontres afin de sensibiliser nos partenaires d'ESAT, mais aussi des associations concernées ou de Pôle Emploi/Cap Emploi, sur les problématiques spécifiques liées aux pathologies mentales et au handicap psychique.

Les entreprises souhaitant embaucher des travailleurs handicapées peuvent se tourner vers Cap Emploi, qui gère l'ensemble des personnes atteintes d'un handicap, qu'il soit psychique ou non. En ce sens, il serait intéressant de développer des campagnes d'information à destination de cette population particulière, sous forme de brochures ou de réunions d'information, notamment à l'occasion de forums sur l'emploi. L'idée pourrait être de démontrer que, d'une part les personnes présentant un handicap psychique peuvent, dans un contexte de suivi médico-social suffisamment étayant, présenter la même productivité qu'un travailleur atteint par un autre type de handicap, et d'autre part que la personne en situation de handicap psychique peut effectuer un travail en équipe sans perturber le fonctionnement interne de l'entreprise, en particulier au travers des relations interpersonnelles avec les collègues ou collaborateurs.

Il semble plus difficile d'organiser des campagnes touchant la population générale de manière efficiente. Dans les représentations de la pathologie mentale au sein de la population générale, les médias, par certains articles de presse ou faits divers, peuvent y jouer un rôle. Des recommandations aux médias en terme d'« éthique » ont déjà été faites en ce sens. En pratique, ces mesures ne semblent pas avoir été appliquées. Il devient nécessaire de faire appliquer textes de loi et recommandations sur ce sujet-ci, afin de tenter de diminuer les images trop souvent négatives véhiculées par les médias concernant la pathologie mentale.

Par ailleurs, il serait nécessaire de davantage documenter ces représentations en population générale par de nouvelles études, afin d'en tirer les conséquences en termes d'organisation de soin et de communication vers la population et les médias.

B. Encourager les facteurs favorisants un retour à l'emploi à un stade précoce de la prise en charge

Il est nécessaire de favoriser le retour à l'emploi, et de prendre cette dimension en compte si possible dès le début des soins.

Le cas de madame C. montre bien l'impact du traitement médicamenteux (difficultés d'observance, efficacité, effets secondaires, etc…) sur la vie relationnelle et professionnelle. Dans cette optique, le choix du traitement de fond de la pathologie schizophrénique est primordial. L'intérêt du traitement peut se définir par la balance bénéfices-risques. En effet, les antipsychotiques peuvent favoriser les signes déficitaires et les troubles cognitifs. Un traitement de fond adapté et accepté dès le départ par le patient, sans retentissement important en terme cognitif et de signes déficitaires (apragmatisme, aboulie, isolement…) est important à de multiples titres.

Il y a un intérêt à prendre en charge la situation sociale de manière précoce, notamment via le dossier MDPH, en ce qu'il apporte de soutient financier mais également aux droits que cela ouvre. La loi du 11 février 2005, ainsi que le code du travail, rappellent que le travail est un droit valable pour tous. Il est important de le rappeler et d'utiliser les moyens légaux existants afin de renforcer les patients dans leur volonté de se réinsérer professionnellement. Dans le cas d'une personne atteinte d'un handicap liée à une schizophrénie, en cas d'arrêt prolongée de l'activité, un certificat MDPH doit pouvoir lui être proposé.

De nombreuses études démontrent la nécessité de proposer des ateliers type psychoéducation ou remédiation cognitive. Wexler et Bell (65) ont étudié l'impact de stratégies de remédiation cognitive sur les capacités de travail. Ils ont mis en évidence un impact à moyen terme (plus de 12 mois) tout à fait significatif de la mise en œuvre de ces stratégies de remédiation cognitive, associées à un dispositif d'emploi protégé par rapport à l'emploi protégé seul. Dans l'ensemble de ses articles et ouvrages, N.Franck demande à ce que l'on puisse proposer un programme de psychoéducation, en même temps ou suivi d'un protocole de remédiation cognitive associé à un travail sur les habilités sociales, et ce pour tous les patients schizophrènes. L'intérêt serait de promouvoir ce type d'activités au sein de l'ensemble des secteurs couverts par le CHRU de Tours.

C. Du lien avec les partenaires sociaux au centre de référence multidisciplinaire

La prise en charge médicale a elle-seule ne permet pas de retrouver un bon fonctionnement psychosocial, encore moins d'atteindre un objectif de réinsertion professionnelle. La formule lyonnaise dont le site de réinsertion professionnelle commence au sein-même de l'hôpital semble être l'une des expériences les plus efficaces et les plus abouties. Cette formule, associant de manière précoce des intervenants médicaux et sociaux au sein d'un même lieu aide au bon fonctionnement et permet aux différents acteurs de se sentir compris dans leurs missions respectives. Dans la vignette clinique, en l'absence de moyen de transport individuel il pouvait être compliqué de se déplacer d'une structure à l'autre.

Massé (15) l'explique en ces termes : *« Est clairement posée la question de l'existence de services de réhabilitation intersectoriels à polarité interne (moyen séjour) et externe (liaison avec le social et le médicosocial). Il s'agit de rendre chaque patient adéquat à la réponse qui lui est proposée, selon des formules multiples, dont certaines sont à penser. »*

Dans le cas des centres de référence de la région Rhône-Alpes, la plupart des structures psychiatriques, indépendantes des autres structures médicales, bénéficient d'un budget global qui leur est propre. N'étant pas en concurrence avec des services de médecine, les structures hospitalières ont davantage de marges sur le déblocage de certains fonds.

L'intérêt d'une structure multidisciplinaire, intersectorielle, serait aussi de pouvoir mettre en commun des moyens financiers, de profiter pleinement et directement des compétences complémentaires des autres partenaires du médico-social ou de l'insertion, de lancer des projets à plus grande échelle, ainsi que de drainer une population plus étendue.

Cela permettrait aussi au milieu médical d'assurer l'entière gestion des activités thérapeutiques et des ateliers de réentrainement ou de remédiation cognitive pour tous les patients.

Enfin, un projet unique porté par l'ensemble des secteurs de la psychiatrie et par nos partenaires permettrait de davantage défendre nos projets de réinsertion et de bénéficier de la part de l'ARS, de l'état ou des collectivités locales de davantage de moyens.

En attendant de pouvoir créer une structure intersectorielle de ce type, il est nécessaire de renforcer les liens avec les associations déjà existantes offrant des possibilités de formation et de réinsertion. Actuellement, le projet est de favoriser le rapprochement des unités de soin du CHRU avec nos deux partenaires principaux, l'association AIR et Synergence 37. Il est discuté de la création d'un comité de pilotage entre ces trois unités, avec possibilité d'associer de futures partenaires du médico-sociale ou de l'insertion, possiblement au sein d'une convention.

Par ailleurs, il existe des associations axées sur l'insertion dans toute la France, ayant des fonctionnements et des objectifs différents. Des études, ne ressortent pas de types d'associations significativement plus efficaces (clubhouse, chantiers d'insertion,..). L'intérêt devrait être porté davantage sur la médiatisation de ces structures auprès des professionnels concernés, afin de pouvoir proposer une palette de prise en charge plus étendue à nos patients et des les orienter directement.

L'une des propositions de Massé : la création d'une psychiatrie de liaison avec le médicosocial :

« Une psychiatrie de liaison par équipes mobiles dédiées aux institutions et services sociaux et médicosociaux peut seule assurer un suivi régulier, une assistance immédiate en cas d'urgence et de crise, la facilitation de l'hospitalisation ou la réhospitalisation sans délai, en psychiatrie, des personnes qui le nécessitent, dans le double objectif de servir la réussite de la sortie des patients inadéquats et de la réponse aux besoins propres des services médicosociaux et sociaux. Comme pour toute activité de liaison, des actions de formation adaptées et, en partie, communes ou croisées avec les différents champs, sont indispensables afin de promouvoir des « plateaux techniques de réadaptation » communs. »

Concernant le développement de structures d'emploi : le handicap psychique est reconnu et se situ désormais, au moins en terme légal, sur le même plan que les autres handicaps. La logique serait que davantage d'ESAT à orientation « handicap psychique » soient accessibles, et que ces ESAT puissent devenir des partenaires privilégiés des services de psychiatrie. Mais cela reviendrait soit à créer de nouveaux établissements, soit à modifier l'ensemble du fonctionnement de ces ESAT, que cela soit en termes de profils de postes ou de répartition du temps de travail. Alors que les personnes ayant un retard mental simple seraient plus disposées à effectuer des tâches répétitives ou régulières, les personnes schizophrènes, de part

leurs déficits cognitifs spécifiques, ne peuvent tenir une attention focale sur une trop longue période. Des activités ou travaux à actions « transitoires », ainsi que les ESAT de transition, représenteraient des travaux plus adaptés à notre population. En ce sens, la création ou la transformation d'ESAT type Messidor seraient à encourager.

Les pratiques de soutien à l'emploi ont démontrée à l'étranger mais aussi en France de manière partielle une efficacité en terme de taux de réinsertion professionnelle. Ces modèles, issus des pays anglo-saxons, s'inscrivent initialement dans un code du travail différent du notre et ne semblent pas directement transposables dans notre système actuel. Néanmoins des structures comme les ESAT de Messidor ont montré qu'elles pouvaient incorporer des éléments de soutien à l'emploi. Au vu du faible nombre d'études effectuées en France, il serait bénéfique de pouvoir réaliser d'autres études sur différents centres incorporant partiellement ou totalement ces principes de soutien à l'emploi.

V. Conclusion

Au final, il est difficile de décrire un plan d'action précis, unique, afin de faciliter au mieux l'insertion professionnelle des personnes schizophrènes. De nombreuses expériences sur le terrain ont été faites, en raison d'une demande forte des usagés et des familles, et chacune de ces expériences apporte une solution nouvelle permettant d'élargir les possibilités de réinsertion.

Les facteurs favorisants cette insertion sont désormais mieux connues, il reste néanmoins des incertitudes quand aux programmes à réaliser en France. Les techniques telles que le soutien à l'emploi doivent trouver une traduction plus juste dans le droit français, nécessaire à son adaptation et à son évaluation en France.

De nombreux efforts sont encore à faire afin de faciliter l'insertion professionnelle de nos patients, des études doivent également être poursuivies pour mieux préciser les mécanismes permettant au patient de maintenir une ambition de réinsertion.

Afin de créer de nouveaux centres de référence de réinsertion sur le territoire, il sera nécessaire d'obtenir le soutien de nos institutions médicales et sociales.

Pour l'heure, nous prévoyons au sein de l'hôpital de jour de la Chevalerie d'élargir notre partenariat avec d'autres structures, au sein d'un comité de pilotage d'une nouvelle entité qui serait encore à définir, mais dont le noyau serait notre partenariat avec ces deux structures que sont Synergence et AIR. Par la suite, le partenariat pourra s'étendre à d'autres structures.

Au final il est important de se rappeler que l'objectif d'insertion pour nos patients est double : pour la société un moindre coût financier, pour le patient retrouvant une autonomie, une estime de soi restaurée et une amélioration de sa qualité de vie.

Bibliographie

1. OMS | Rapport sur la santé dans le monde, 2005 - donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant [Internet]. WHO. [cited 2014 Aug 3]. Available from: http://www.who.int/whr/2005/fr/

2. Gilbert E, Marwaha S, Milton A, Johnson S, Morant N, Parsons N, et al. Social firms as a means of vocational recovery for people with mental illness: a UK survey. BMC Health Serv Res. 2013 Jul 11;13(1):270.

3. Bartels SJ, Pratt SI. Psychosocial rehabilitation and quality of life for older adults with serious mental illness: recent findings and future research directions: Curr Opin Psychiatry. 2009 Jul;22(4):381–5.

4. Catty J, White S, Koletsi M, Becker T, Fioritti A, Kalkan R, et al. Therapeutic relationships in vocational rehabilitation: predicting good relationships for people with psychosis. Psychiatry Res. 2011 May 15;187(1-2):68–73.

5. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer MC, Brugha T, et al. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. Br J Psychiatry J Ment Sci. 2007 Jul;191:30–7.

6. Raeburn T, Schmied V, Hungerford C, Cleary M. Clubhouse model of psychiatric rehabilitation: How is recovery reflected in documentation? Int J Ment Health Nurs. 2014 Apr 4;

7. Chan S, Yu IW. Quality of life of clients with schizophrenia. J Adv Nurs. 2004 Jan;45(1):72–83.

8. Nordt C, Müller B, Rössler W, Lauber C. Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: a naturalistic study. Soc Sci Med 1982. 2007 Oct;65(7):1420–9.

9. Bryson G, Lysaker P, Bell M. Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia. Schizophr Bull. 2002;28(2):249–57.

10. Mangalore R, Knapp M. Cost of schizophrenia in England. J Ment Health Policy

Econ. 2007 Mar;10(1):23–41.

11. Dunn EC, Wewiorski NJ, Rogers ES. A qualitative investigation of individual and contextual factors associated with vocational recovery among people with serious mental illness. Am J Orthopsychiatry. 2010 Apr;80(2):185–94.

12. Lalonde P. Traitement, réadaptation, réhabilitation, rétablissement. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2007 Apr;165(3):183–6.

13. Górna K, Jaracz K, Jaracz J, Kiejda J, Grabowska-Fudala B, Rybakowski J. [Social functioning and quality of life in schizophrenia patients --relationship with symptomatic remission and duration of illness]. Psychiatr Pol. 2014 Apr;48(2):277–88.

14. Kraepelin E. Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive. l'Harmattan; 1998. 129 p.

15. Massé G. Pour une réhabilitation psychosociale à la française. Inf Psychiatr. 2006 Apr 1;82(4):291–6.

16. Bachrach LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. Am J Psychiatry. 1992 Nov;149(11):1455–63.

17. Anthony WA, Liberman RP. The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base. Schizophr Bull. 1986 Jan 1;12(4):542–59.

18. Sartorius N. Guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA. 2012 Feb;11(1):61–2.

19. Blondeau C, Nicole L, Lalonde P. Schizophrénie et réadaptation. Interventions spécifiques selon les phases de la maladie. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2006 Dec;164(10):869–76.

20. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française G, Jean-Yves, editor. La s tigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2010.

21. Constant J. La clarification de Wood. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l 'adolescence [Internet]. Elsevier; 1993 [cited 2014 Sep 17]. p. 563–70. Available f rom: http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=3799243

22. OMS. Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages. Un Man Classif Conséq Mal Paris OMSCTNERHILes Ed INSERM. 1988;

23. Organization WH, others. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF. 2001 [cited 2014 Sep 17]; Available from: http://apps.who.int/iris/handle/10665/42418

24. Nicholson IR, Neufeld RW. A dynamic vulnerability perspective on stress and schizophrenia. Am J Orthopsychiatry. 1992 Jan;62(1):117–30.

25. Yank GR, Bentley KJ, Hargrove DS. The vulnerability-stress model of schizophrenia: advances in psychosocial treatment. Am J Orthopsychiatry. 1993 Jan;63(1):55–69.

26. Franck N. Remédiation cognitive chez les patients souffrant de schizophrénie. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2007 Apr;165(3):187–90.

27. Franck N. Remédiation cognitive et insertion professionnelle dans la schizophrénie. L'Encéphale. 2014 Jun;40:S75–80.

28. Giraud-Baro E, Duprez M. Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. EMC - Psychiatr. 2009 Jan;6(3):1–12.

29. Unies N. Règles pour l'égalisation des chances des handicapés. Nations Unies; 1994.

30. Braibant G. La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. Seuil; 2001.

31. Blanc des partenaires de Santé L. mentale France. Pour Une Assoc D'usagers Psychiatr Soignants Responsab Soc Dans Cité. 2001;

32. Unafam - Accueil [Internet]. [cited 2014 Sep 18]. Available from: http://www.unafam.org/

33. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la

participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005-102 février, 2005.

34. N° 1662 - Rapport d'information de M. Denys Robiliard déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie [Internet]. [cited 2014 Sep 16]. Available from: http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp

35. Pachoud B, Corbière M. Pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux graves : résultats et pistes de recherche. L'Encéphale. 2014 Jun;40:S33–44.

36. Mendes L, Bouvet C, Alegre R, Vignaud A, Wetzer M. Influence de l'alliance thérapeutique et de l'insight sur l'évolution des habiletés psychosociales – À propos de cinq cas cliniques. J Thérapie Comport Cogn. 2012 Sep;22(3):136–43.

37. McGurk SR, Mueser KT, DeRosa TJ, Wolfe R. Work, Recovery, and Comorbidity in Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial of Cognitive Remediation. Schizophr Bull. 2009 Mar 5;35(2):319–35.

38. Harvey PD, Green MF, Keefe RSE, Velligan DI. Cognitive functioning in schizophrenia: a consensus statement on its role in the definition and evaluation of effective treatments for the illness. J Clin Psychiatry. 2004 Mar;65(3):361–72.

39. McGurk SR, Mueser KT. Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. Schizophr Res. 2004 Oct 1;70(2-3):147–73.

40. Raffard S, Gely-Nargeot M-C, Capdevielle D, Bayard S, Boulenger J-P. Potentiel d'apprentissage et revalidation cognitive dans la schizophrénie. L'Encéphale. 2009 Sep;35(4):353–60.

41. McGurk SR, Mueser KT. Cognitive and clinical predictors of work outcomes in clients with schizophrenia receiving supported employment services: 4-year follow-up. Adm Policy Ment Health. 2006 Sep;33(5):598–606.

42. Choi K-H, Fiszdon JM, Bell MD. Beyond cognition: a longitudinal investigation of the

role of motivation during a vocational rehabilitation program. J Nerv Ment Dis. 2013 Mar;201(3):173–8.

43. Resolution UN. 46/119: The Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, 1991. Guidel Promot Hum Rights Pers Ment Disord Geneva. 1996;

44. Piel E, Roelandt J-L. De la psychiatrie vers la santé mentale. VST-Vie Soc Trait. 2001;(4):9–32.

45. Cléry-Melin P, Pascal J-C, Kovess-Masféty V. Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. Rev Fr Aff Soc. 2004;(1):215–20.

46. Couty E, Cecchi-Tenerini R. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapp Comm Remis À Minist Santé Sports [Internet]. 2009 [cited 2014 Sep 17];29. Available from: http://www.fesj.org/IMG/article_PDF/article_a156.pdf

47. Rinaldi M, Miller L, Perkins R. Implementing the individual placement and support (IPS) approach for people with mental health conditions in England. Int Rev Psychiatry Abingdon Engl. 2010;22(2):163–72.

48. Site de A.I.R. (Association Insertion par la Restauration) à Tours 37000 96810 [Internet]. [cited 2014 Sep 17]. Available from: http://www.le-site-de.com/a.i.r-association-insertion-par-la-restauration-tours_96810.html

49. ARPS [Internet]. [cited 2014 Sep 17]. Available from: http://www.arps-asso.fr/

50. Synergence37 [Internet]. [cited 2014 Sep 17]. Available from: http://www.synergence37.fr/

51. Centres référents de réhabilitation psycho-sociale [Internet]. [cited 2014 Sep 17]. Available from: http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Centres-referents-de-rehabilit.165505.0.html

52. Réseau Galaxie [Internet]. [cited 2014 Sep 17]. Available from: http://www.reseau-galaxie.fr/

53. Pachoud B, Allemand C. Le soutien à l'emploi (ou les pratiques de « job coaching ») : une nouvelle stratégie d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. LÉvolution Psychiatr. 2013 Jan;78(1):107–17.

54. Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF, et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. Psychiatr Serv Wash DC. 2001 Mar;52(3):313–22.

55. Messidor_accompagnement_pro_public_handicape_psychique.pdf.

56. De Pierrefeu I, Charbonneau C. Deux structures d'insertion professionnelle de format hybride pour personnes avec un trouble mental : les ESAT de transition de Messidor (France) et Accès-Cible SMT (Québec). L'Encéphale. 2014 Jun;40:S66–74.

57. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. Psychiatr Rehabil J. 2008;31(4):280–90.

58. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. Lancet. 2007 Sep 29;370(9593):1146–52.

59. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care (Update) [Internet]. Leicester (UK): British Psychological Society; 2009 [cited 2014 Sep 17]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11681/

60. Bond GR, Salyers MP, Dincin J, Drake R, Becker DR, Fraser VV, et al. A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. J Consult Clin Psychol. 2007 Dec;75(6):968–82.

61. Villotti P, Zaniboni S, Fraccaroli F. Les entreprises à économie sociale en Italie. L'Encéphale. 2014 Jun;40:S57–65.

62. Zaniboni S, Fraccaroli F, Villotti P, Corbière M. Working plans of people with mental disorders employed in Italian social enterprises. Psychiatr Rehabil J. 2011;35(1):55–8.

63. Association Clubhouse France | L'espoir en tête [Internet]. [cited 2014 Sep 18].

Available from: http://www.clubhousefrance.org/

64. Esatitude-Le service solidaire - Esatitude-Le service solidaire [Internet]. [cited 2014 Sep 14]. Available from: http://www.esatitude.com/

65. Wexler BE, Bell MD. Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. Schizophr Bull. 2005 Oct;31(4):931–41.

Annexes :

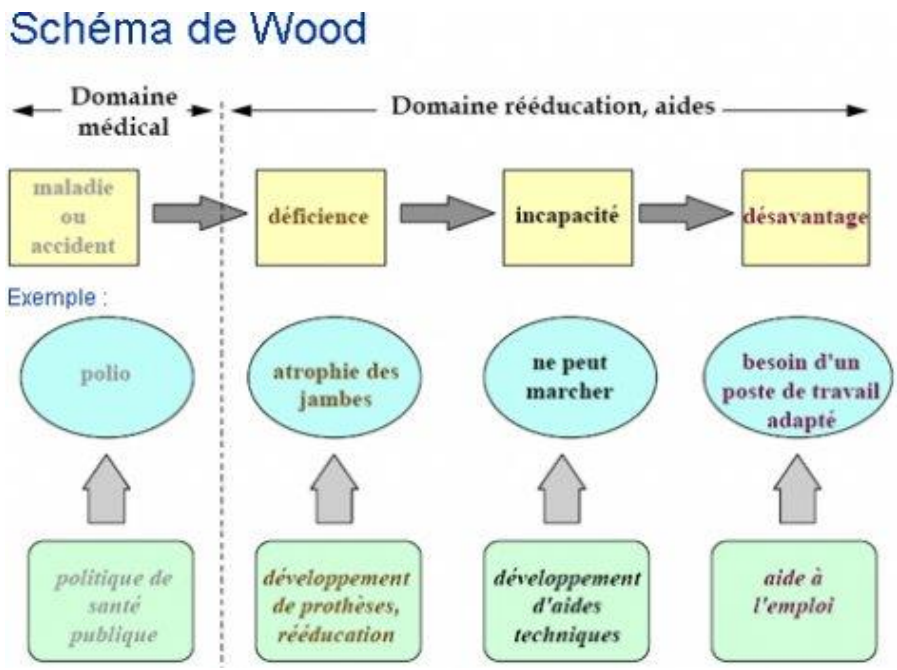


Figure 1 : Modèle déficience, incapacité, handicap, exemple appliqué de la poliomyélite (source : arvha.org)

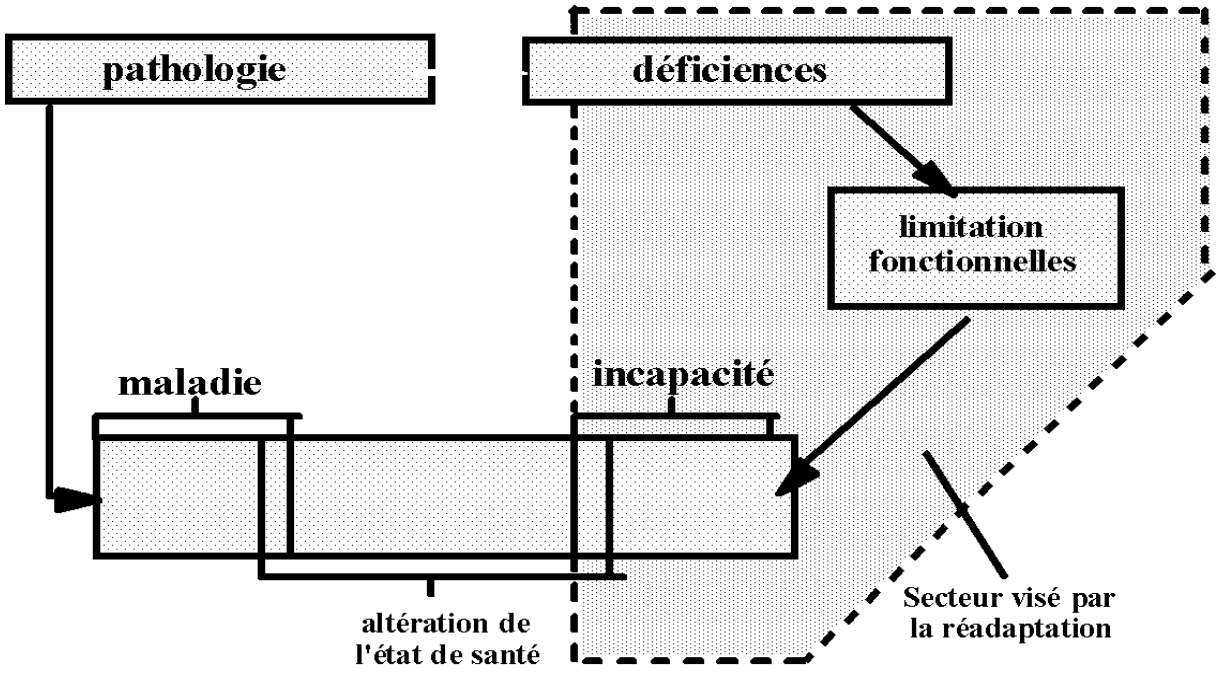


Figure 2: Schéma de Wood, secteur visé par la réadaptation (source : med.univ-rennes1.fr)

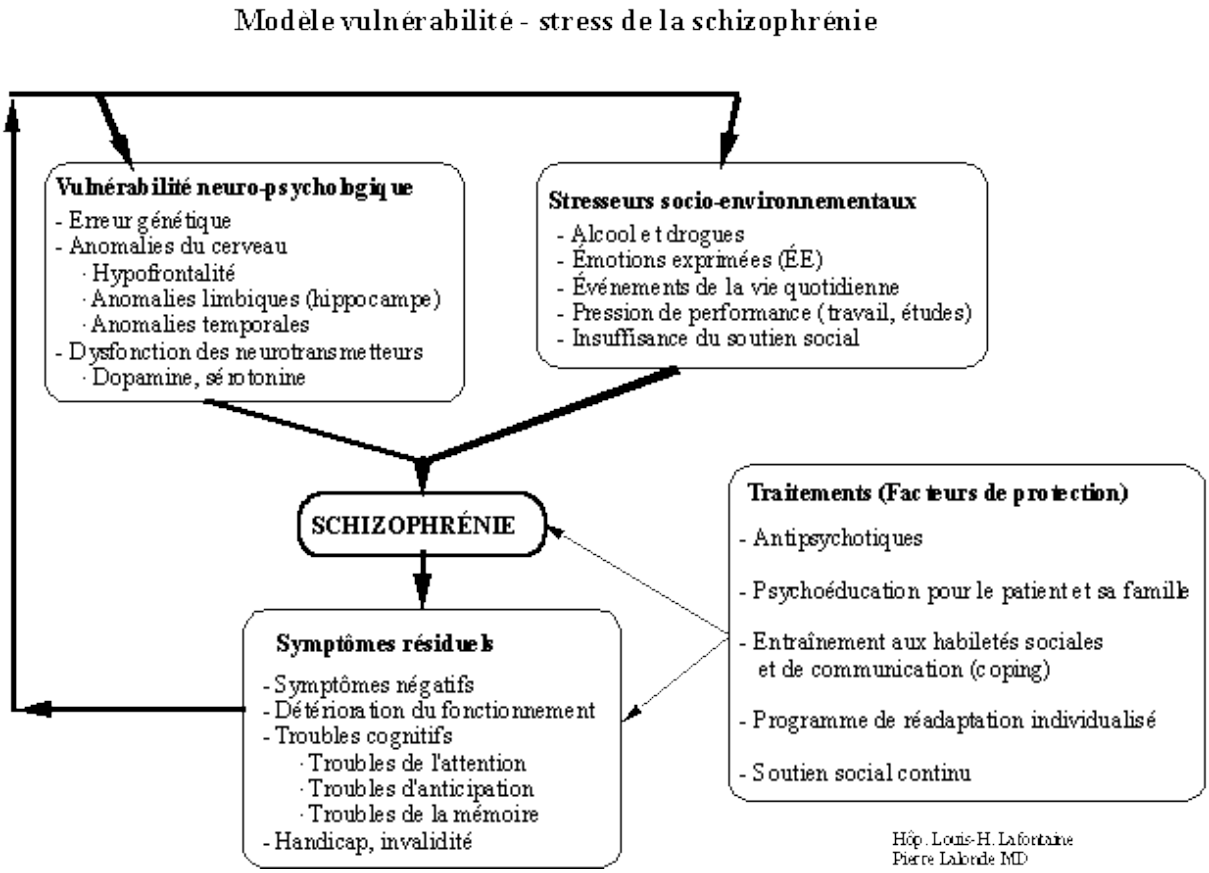


Figure 3 : Modèle vulnérabilité-stress de la Schizophrénie (référence : club-association.ch)

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de médecine de TOURS

RESUME

L'insertion professionnelle des personnes atteintes de schizophrénie est un problème majeur de santé publique. En effet, entre 80 et 90% des patients schizophrènes sont en situation de désinsertion professionnelle. L'hôpital de jour intersectoriel de La Chevalerie dépendant du CHRU de Tours a comme activité entre autre la réhabilitation psychosociale des patients schizophrènes. L'un de ses objectifs est de favoriser l'insertion professionnelle de ses patients. Dans ce contexte, l'objet de cette thèse est, grâce à une vignette clinique illustrative du problème et d'une revue de la littérature, de faire le point sur les aspects légaux entourant la question de la réinsertion et du handicap, les critères influençant l'insertion professionnelle, les dispositifs et méthodes existants actuellement en France et à l'étranger pouvant favoriser cette insertion, et enfin d'émettre des propositions applicables afin d'améliorer l'orientation et le maintien dans l'emploi des personnes atteintes de schizophrénie. En effet, bien que le handicap psychique soit désormais officiellement reconnu en France par la Loi du 11 février 2005 qui ouvre une série de droits aux personnes atteintes de schizophrénie, de nombreux blocages limitent l'accès à l'emploi. Les difficultés liées à la stigmatisation, les capacités cognitives et les co-morbidités éventuelles des patient, le manque de passerelles entre le médical et le médico-social associées à un manque de structures adaptées au handicap psychique ainsi qu'un défaut de connaissance des travailleurs sociaux concernant le handicap psychique, de manière cumulée, jouent un rôle, les ESAT n'ayant pu remplir leur rôle d'aide aux usagers atteints d'un handicap psychique. Les pratiques de soutien à l'emploi importées des pays anglo-saxons peuvent permettre d'améliorer le maintien dans une activité, bien que ces pratiques ne soient pas dans la culture du pays. Par ailleurs, d'autres structures, tels que les clubhouses, les ESAT de transition et les différentes structures et associations déjà existantes facilitent une insertion professionnelle, en attente d'une insertion en milieu ordinaire ou non. Il apparait alors nécessaire de développer ce type de structures « alternatives » sur le territoire ainsi que de renforcer le lien avec les associations existantes et favoriser des campagnes anti-stigmatisation et d'informations touchant la population générale et plus particulièrement les travailleurs sociaux impliqués dans la réinsertion de ces nouveaux usagers. La pratique et le développement des programmes de psycho-éducation, d'habiletés sociales et de remédiation cognitive également. Tous ces outils, mis bout à bout, ont montré une efficacité dans l'insertion professionnelle de ces personnes.

Académie d'Orléans – Tours
Université François-Rabelais
Faculté de Médecine de TOURS

Thèse n°

VINENT, Julien

105 pages, 3 figures en annexe

Résumé : *L'insertion professionnelle des personnes atteintes de schizophrénie est un problème majeur de santé publique. En effet, entre 80 et 90% des patients schizophrènes sont en situation de désinsertion professionnelle. L'hôpital de jour intersectoriel de La Chevalerie dépendant du CHRU de Tours a comme activité entre autre la réhabilitation psychosociale des patients schizophrènes. L'un de ses objectifs est de favoriser l'insertion professionnelle de ses patients. Dans ce contexte, l'objet de cette thèse est, grâce à une vignette clinique illustrative du problème et d'une revue de la littérature, de faire le point sur les aspects légaux entourant la question de la réinsertion et du handicap, les critères influençant l'insertion professionnelle, les dispositifs et méthodes existants actuellement en France et à l'étranger pouvant favoriser cette insertion, et enfin d'émettre des propositions applicables afin d'améliorer l'orientation et le maintien dans l'emploi des personnes atteintes de schizophrénie. En effet, bien que le handicap psychique soit désormais officiellement reconnu en France par la Loi du 11 février 2005 qui ouvre une série de droits aux personnes atteintes de schizophrénie, de nombreux blocages limitent l'accès à l'emploi. Les difficultés liées à la stigmatisation, les capacités cognitives et les co-morbidités éventuelles des patient, le manque de passerelles entre le médical et le médico-social associées à un manque de structures adaptées au handicap psychique ainsi qu'un défaut de connaissance des travailleurs sociaux concernant le handicap psychique, de manière cumulée, jouent un rôle, les ESAT n'ayant pu remplir leur rôle d'aide aux usagers atteints d'un handicap psychique. Les pratiques de soutien à l'emploi importées des pays anglo-saxons peuvent permettre d'améliorer le maintien dans une activité, bien que ces pratiques ne soient pas dans la culture du pays. D'autres structures, tels que les clubhouses, les ESAT de transition et les différentes structures et associations déjà existantes facilitent une insertion professionnelle, en attente d'une insertion en milieu ordinaire ou non. Il apparait alors nécessaire de développer ce type de structures « alternatives » sur le territoire ainsi que de renforcer le lien avec les associations existantes comme AIR ou Synergence 37 et favoriser des campagnes anti-stigmatisation et d'informations touchant la population générale et plus particulièrement les travailleurs sociaux impliqués dans la réinsertion de ces nouveaux usagers. La pratique et le développement des programmes de psycho-éducation, d'habiletés sociales et de remédiation cognitive également. Tous ces outils, mis bout à bout, ont montré une efficacité dans l'insertion professionnelle de ces personnes.*

Mots clés :
- *insertion professionnelle*
- *schizophrénie*
- *handicap psychique*
- *réhabilitation*

Jury :

Président de Jury : **Monsieur le Professeur GAILLARD, Philippe (Clinique Psychiatrique Universitaire)**

Membres du jury : **Monsieur le Professeur CAMUS, Vincent (Clinique Psychiatrique Universitaire)**

Monsieur le Professeur VANNELLE, Jean-Marie (C.H.U. de Nantes)

Madame le Docteur BIOTTEAU-LACOSTE, Mélanie (Clinique Psychiatrique Universitaire)

Monsieur le Docteur GRAUX, Jérôme (Clinique Psychiatrique Universitaire/ Psychiatrie D)

Date de la soutenance : 7 octobre 2014