

ACTES DE COLLOQUE
29 AVRIL 2009 | SCIENCES PO, PARIS

L'entreprise face aux troubles psychiques

Comment l'entreprise
peut-elle aborder la question
de la santé mentale ?

Édito

L'AGENCE ENTREPRISES & HANDICAP

Gwénaél Berthélemé

DIRECTRICE

Claire Le Roy-Hatala

CHARGÉE DE MISSION

Nous étions plus de 500, le 29 avril 2009, à faire le constat des avancées considérables de la santé mentale en France et des interactions toujours plus nombreuses et vertueuses entre l'entreprise, le médico-social et le sujet de troubles psychiques.

Née pendant les travaux de la loi de 2005, qui reconnaît le handicap psychique pour la première fois, l'Agence Entreprises & Handicap propose aux acteurs économiques d'aller plus loin que l'obligation d'emploi et que la contrainte légale en matière de handicap.

L'Agence Entreprises & Handicap fait le pari de l'intégration stratégique du handicap dans le projet global des organisations.

Elle fait le pari du lien crédible entre handicap et performance.

Depuis son origine, ses chantiers l'ont menée naturellement à explorer des approches diverses comme l'accessibilité dans sa dimension universelle ; le secteur protégé, en travaillant à un rapprochement du secteur avec les entreprises ; les représentations du handicap par l'étude de la perception et de l'image ; le recrutement et la pertinence stratégique des outils de sélection, d'évaluation, d'accompagnement...

Ces chantiers ont tous comme fil directeur les concepts et modèles du développement durable et de la responsabilité sociale des entreprises avec un objectif : organiser la conférence vertueuse des parties prenantes.

Avec les membres du Club Entreprises & Handicap, qui développent pour elle une réflexion avancée, l'Agence Entreprises & Handicap est forte d'une volonté collective d'avancer, d'innover sur les politiques du handicap.

Elle s'appuie sur un collège d'experts de tous les sujets connexes à cette articulation entre handicap et performance : spécialistes des organisations, économistes, sociologues, cadres syndicaux, médecins...

En revisitant leur champ d'étude avec le prisme du handicap, ils nous invitent à le voir et le comprendre dans l'espace commun, dans la cité, dans l'avenir et le progrès sociétal, dans la dynamique économique.

Mais l'Agence était-elle pour autant attendue sur le champ de la santé mentale ?

Il est communément admis que le handicap psychique puisse être un sujet « subsidiaire » parce que plus épineux et difficile.

Ce n'est donc pas de façon sereine et évidente que nous avons abordé dès 2006 les questions posées par le handicap psychique.

Malgré sa reconnaissance dans la loi de 2005, la confusion régnait autour de cette notion : la légitimité des missions handicap à agir dans ce champ de la santé mentale se posait régulièrement et les experts en santé mentale ne trouvaient quant à eux pas spontanément leur rôle par rapport à l'entreprise.

Et pourtant, la compréhension à tous les niveaux de l'entreprise d'un enjeu fort lié au maintien dans l'emploi de salariés faisant l'expérience de troubles psychiques devenait évidente.

Il fallait passer d'une prise de conscience individuelle et localisée à une réflexion collective et partagée. Il était nécessaire de voir en quoi cette question du maintien dans l'emploi ouvrait de réelles perspectives de progrès et d'amélioration de la performance pour les organisations : mieux prendre en compte leur première ressource, la ressource humaine.

Nous avons fait le constat de l'existence d'une multitude d'acteurs, parties prenantes à la problématique. Historiquement, scientifiquement, expérimentalement, ou personnellement experts du sujet, ce sont des acteurs souvent ignorants, malgré eux, de la capacité de leur environnement à profiter de leur expertise.

L'Agence Entreprises & Handicap a travaillé pendant plus de deux ans à faire mûrir une question complexe, les situations par rapport à l'emploi des personnes atteintes de troubles psychiques étant variées et variables...

C'est avec l'organisation de rencontres et la publication de notre deuxième rapport *Entreprises & Handicap psychique : des pratiques en question* (avril 2008), que nous avons proposé un espace de confrontation et de réflexion réunissant des médecins, des entreprises, des professionnels

du médico-social, des professionnels de l'accompagnement, des responsables des ressources humaines. Avec humilité, nous acceptons notre ignorance face à une question difficile tout en participant à l'élaboration d'un langage commun.

Enfin, la rencontre du 29 avril 2009 à Paris est l'aboutissement d'un travail riche et impliquant l'ensemble des parties prenantes : entreprises, universitaires, associations, médecins...

Cette journée a mis en lumière la complexité de la thématique, et la multitude de questions qui restent à aborder.

L'ensemble de ces travaux et le succès de cette journée ont été l'occasion de montrer une fois de plus que le handicap est une question « laboratoire » qui interroge nos organisations bien au-delà des politiques spécifiques. Le handicap invite à redéfinir des orientations stratégiques et apporte à l'organisation des éléments de lecture et de compréhension de son propre système d'autant plus fins et pertinents qu'ils sont transverses.

Percevoir le levier de développement stratégique que peut constituer le handicap pour l'entreprise c'est accepter de voir une organisation comme un système en mouvement, attentive tant à l'environnement dans laquelle elle évolue qu'à sa ressource humaine, caractérisée entre autres par sa variabilité dans le temps.

www.entreprises-handicap.com

Sommaire

Éditorial	03
<i>Agence Entreprises & Handicap</i>	
Introductions	08
<i>Nadia Marik Sciences Po</i>	
<i>Francis Charhon Fondation de France</i>	
<i>Marie-Anne Montchamp Agence Entreprises & Handicap</i>	
1. Les troubles psychiques : nouveaux enjeux pour l'entreprise responsable	15
La parole à	16
<i>Antoine Durrleman Cour des Comptes</i>	
Face à l'entreprise	19
<i>Pierre Vidal-Naquet CERPE</i>	
Table ronde : la participation des personnes dans l'entreprise	28
<i>Claude Finkelstein Fnapsy - Gérard Lefranc Groupe Thales</i>	
<i>Christine Bargain Groupe La Poste - Sylvain Gachet Ageph</i>	
Éléments épidémiologiques : travail et santé mentale	35
<i>Christine Cohidon InVS</i>	
Une question de responsabilité sociale et de développement durable	38
<i>Charles-Henri Besseyre des Horts HEC</i>	
2. Évaluer, compenser, accompagner : un défi pour les professionnels de terrain	43
La parole à	44
<i>Daniel Chaffraix IBM</i>	

Une réalité difficile à cerner	46
<i>Bernard Pachoud Arihm Conseil</i>	
Les enjeux de l'évaluation posés par la CNSA	50
<i>Carole Peintre Cedias</i>	
<i>Yann Boulon Réseau Galaxie</i>	
Table ronde : Comment mieux accompagner ?	
Les besoins des entreprises ; la pertinence des dispositifs	60
<i>Roselyne Duchesne Lévesque Groupe Thales - Brigitte Bancel Cabiac Groupe La Poste</i>	
<i>Gérard Lesieur Cinergie - Anne Roi Unirh</i>	

3. Images et imaginaires autour des troubles psychiques	69
Les représentations de la folie, de la maladie mentale et du travail	70
<i>Denise Jodelet Psychologue sociale</i>	
Stigmatisation et troubles psychiques	80
<i>Nicolas Daumerie CCOMS</i>	
Quelle résonance dans l'entreprise ?	88
<i>Jean-François Amadieu Observatoire des discriminations Paris I, Sorbonne</i>	
4. Les coûts des problèmes de santé mentale dans l'entreprise : du visible à l'invisible	93
La parole à	94
<i>Jean-Paul Bailly Groupe La Poste</i>	
Des coûts directs aux coûts indirects : analyse stratégique	97
<i>Gérard Taponat Manpower</i>	
L'évaluation du coût de la santé mentale dans l'entreprise	101
<i>Dr Aurélie Bourmaud Hôpital Henri Mondor</i>	
Table ronde : la pertinence économique de la prévention, de la formation et de la recherche	105
<i>Dr Catherine Godard EDF - Pr Marion Leboyer Fondamental</i>	
<i>Pr Pierre-Michel Llorca CHU Clermont Ferrand</i>	
Conclusions	116
<i>Guy Baillon Psychiatre</i>	
<i>Marie-Anne Montchamp Agence Entreprises & Handicap</i>	
Annexes	131
Postface : le regard d'étudiants de Sciences Po	
Définitions	
Bibliographie	

L'ENSEMBLE DES DÉBATS A ÉTÉ ANIMÉ PAR **JACQUES LEGROS**, JOURNALISTE

Introduction(s)

Nadia Marik

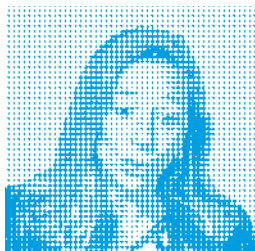
DIRECTRICE ADJOINTE DE SCIENCES PO

Francis Charhon

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA FONDATION DE FRANCE

Marie-Anne Montchamp

PRÉSIDENTE DE L'AGENCE ENTREPRISES & HANDICAP



Nadia Marik

DIRECTRICE ADJOINTE DE SCIENCES PO

Diplômée de Sciences Po en 1978, elle a commencé sa carrière dans le secteur privé, en assumant des fonctions de direction au sein de plusieurs agences de communication. À sa sortie de l'École Nationale d'Administration (Promotion Marc Bloch) en 1997, elle intègre le

Tribunal Administratif de Paris comme Rapporteur puis Commissaire du gouvernement. En 2000, elle rejoint Sciences Po dont elle devient, en 2002, directrice adjointe, directrice de la Stratégie et du Développement.

Allons-nous encore et encore, dans notre pays, continuer à manquer de courage et de lucidité, et laisser sur le bas-côté de notre société toute une série de talents qui ne demandent qu'à s'exprimer, mais qui, malheureusement, sont un peu à la marge parce qu'ils ne sont pas nés dans la bonne famille, le bon milieu social, la bonne ville, le bon pays, parce qu'ils ne jouissent pas de la même santé ou parce que leur âge est un peu avancé ?

Allons-nous continuer encore et encore à oublier qu'une personne sur quatre en France souffre de troubles psychiques, mais néanmoins peut servir son pays ?

Allons-nous continuer à ne pas voir que notre pays a besoin de mobiliser toutes les intelligences, toutes les sensibilités pour continuer à jouer son rôle sur la scène internationale ?

À Sciences Po, nous répondons non, non et encore non. Pourquoi ?

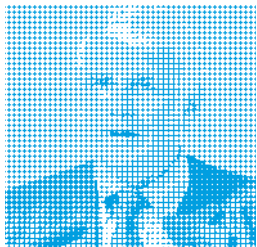
La première raison, c'est que les entreprises permettent l'intégration des hommes et des femmes qui souffrent de troubles psychiques à l'intérieur du monde du travail. Ces entreprises, sans l'aide des écoles, des établissements de formation, même les plus sélectifs, les plus élitistes, ne parviendront jamais à recruter cette diversité des talents qui fera la richesse de demain. C'est aussi la raison pour laquelle nous avons décidé de nous mobiliser pour une autre plaie de notre société, qui est la mise à l'écart de ceux qui n'appartiennent pas au bon milieu social. À Sciences Po, nous aimons ce côté « laboratoire », pour servir des causes justes, nobles et utiles à notre pays.

Comment peut-on faire ? D'une part en commençant par s'intéresser aux élèves en situation de handicap. La première étape a été pour nous de se fixer des objectifs quantitatifs. Nous avons été très attaqués là-dessus. Eh bien oui ! Il n'y a que comme cela qu'on arrivera à forcer les mentalités, à faire bouger les gens. De fait, cette idée que nous avons eue il y a maintenant deux ans fonctionne à peu près aujourd'hui. Je vous laisse en juger. Sur 8600 élèves, nous avons 17 élèves en situation de handicap la première année. L'année dernière, nous en avons 32. Et cette année, 49. Je sais que c'est très faible, mais je sais aussi que le mouvement s'est amorcé à Sciences Po et qu'il est inexorable, que nous ne reviendrons jamais en arrière.

Une autre manière de servir cette cause, c'est d'organiser des événements comme ce colloque. Nous organisons beaucoup d'événements à Sciences Po, mais de cette ampleur, c'est très rare.

Nous avons reçu de grandes personnalités, organisé des débats importants, mais celui-ci est crucial. Nous en attendons aussi beaucoup pour mieux faire notre métier.

Je voudrais remercier ceux qui, à Sciences Po, nous ont aidés à cette prise de conscience : en particulier Catherine Blanc, chargée de mission sur ce sujet. Je remercie également Nicolas Catzaras, ainsi que toutes les organisations syndicales qui se mobilisent, qui nous aident, nous poussent. Je remercie enfin ceux qui sont à l'initiative de ce colloque : Francis Charhon, de la Fondation de France, et une femme pour laquelle j'ai un respect et une admiration sans borne, Marie-Anne Montchamp.



Francis Charhon

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA FONDATION DE FRANCE

Médecin anesthésiste de formation. Après une carrière hospitalière, il rejoint Médecins Sans Frontières dont il devient Président de 1980 à 1982, puis en assure la direction de 1982 à 1991. Il rejoint alors la Fondation de France en tant que Directeur général en 1992. Il est

par ailleurs administrateur de l'Union des organisations faisant appel à la générosité du public (France générosités), administrateur du Centre européen des Fondations à Bruxelles depuis 1992, et président du Centre Français des Fondations depuis 2002.

La Fondation de France a été créée en 1969. C'est un organisme de mécénat privé à but non lucratif, qui ne reçoit aucune subvention de l'État et ne fonctionne que grâce à l'aide de ses donateurs.

Nous intervenons dans le cadre de la lutte contre les vulnérabilités, dans le développement de la connaissance et dans la préservation de l'environnement.

Notre activité se déploie à travers deux mécanismes principaux. Le premier est d'offrir à toute personne ou entreprise la possibilité de créer sa propre fondation. Le deuxième est la mise en place d'un certain nombre de programmes et d'activités de redistribution des fonds qui nous sont confiés par les donateurs.

Au moment de la création de la Fondation de France, il y avait dans le domaine de la psychiatrie des évolutions importantes. Le malade était enfin reconnu comme une personne. Cela impliquait de penser la maladie mentale de façon globale, en liant le médical et le social.

À l'époque, nous n'avions pas encore de programme «santé mentale». Toutefois, à travers un certain nombre d'autres activités – notamment celles concernant la santé des jeunes, l'habitat, les personnes âgées, les personnes handicapées –, nous avons vu apparaître un nombre grandissant de projets qui concernaient la question du handicap psychique, non encore formalisée. Le sujet apparaissait à travers des problématiques particulières : lieux de vie alternatifs à l'hospitalisation, modes d'hébergement, soutien aux équipes soignantes ou aux familles.

Face à cette remontée croissante de projets, nous avons décidé de mettre en place un groupe de travail et de réflexion. Enfin, nous avons lancé le programme «Maladies psychiques et vie sociale des personnes adultes».

À travers ce programme, nous voulions favoriser l'émergence de réponses innovantes face aux personnes ayant un trouble psychique.

La Fondation attache une importance particulière aux modalités de la prise en charge de ces personnes. On ne peut en effet envisager une insertion sociale et professionnelle réussie sans le maintien des soins. Les acteurs du secteur sanitaire doivent quant à eux dépasser le seul champ de la santé et considérer les besoins sociaux de la personne.

Les approches transversales nécessitent des décloisonnements. Nous avons constaté que cela demande un effort. Nous nous sommes engagés pleinement en faveur de ce décloisonnement des secteurs, et souhaitons accompagner une évolution culturelle qui doit s'imposer.

Plus de 160 projets ont été soutenus par la Fondation de France, pour plus de 2 millions d'euros.

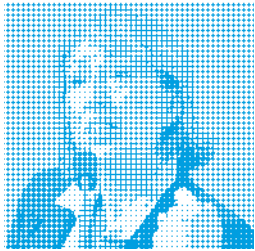
Aujourd'hui, trois axes de financement sont possibles, dont l'un est le maintien dans l'emploi des malades psychiques.

Selon l'OMS, une personne sur quatre connaîtra dans sa vie un épisode de problème de santé mentale. Or, beaucoup d'entreprises méconnaissent le problème ou éprouvent des difficultés à l'appréhender.

La reconnaissance du handicap peut être un outil administratif pour l'entreprise, mais nombre de personnes qui vivent de telles situations sont déjà dans l'entreprise, et n'ont pas la reconnaissance de travailleur handicapé. Si certains veulent obtenir ce statut, d'autres ne se considèrent pas comme handicapés, donc ne le souhaitent pas.

Accueillir les personnes souffrant de troubles psychiques, c'est aussi pour l'entreprise se poser la question de sa responsabilité sociale, de sa stratégie de développement durable, de sa vision de la société qui peut être celle de l'acceptation de la diversité.

Pour toutes ces raisons, la participation à l'organisation de ce colloque est apparue comme une évidence à la Fondation de France.



Marie-Anne Montchamp

PRÉSIDENTE DE L'AGENCE ENTREPRISES & HANDICAP

Depuis 2001, elle se consacre à la vie politique locale comme maire-adjointe de Nogent-sur-Marne, puis députée de la 7^e circonscription du Val de Marne. Elle a été secrétaire d'État aux Personnes handicapées en 2004 et 2005 puis conseillère auprès de Jacques Chirac sur la question du Handicap. Elle est aujourd'hui présidente de l'Agence Entreprises & Handicap et présidente de FondaMental, fondation pour la recherche et le soin en santé mentale.

L'initiative d'un tel colloque est inédite : l'idée de mettre ensemble l'entreprise et le trouble psychique, nous y avons tous pensé, mais c'est la première fois que ces deux mondes sont rassemblés sur une affiche.

Merci, chère Nadia Marik, de nous accueillir à Sciences Po – c'était un pari –, et merci de votre engagement si fort. Notre présence ici est lourde de sens car nous sommes dans un lieu de connaissances et de recherche, un lieu laboratoire, mais également une pépinière pour ceux qui demain devront conduire nos compatriotes au travail et sans doute croiser cette question. Le vœu que je forme est que l'implication des étudiants puisse les aider au long de leur parcours.

Merci Francis Charhon. La Fondation de France permet de donner une publicité à cette journée dont elle a bien besoin. En effet, le problème des troubles psychiques en entreprise, c'est avant tout le silence.

L'idée de ce colloque est née d'une réflexion sur la question du handicap psychique lors d'une réunion de l'Agence Entreprises & Handicap.

La loi de février 2005 dispose que, parmi les formes de handicaps, on puisse reconnaître ce qu'on appelle dans notre pays le handicap psychique, au sens où le trouble psychique peut générer des situations handicapantes.

J'ai le souvenir d'un dîner du Club Entreprises & Handicap qui réunissait les patrons membres. Ce soir-là, tous avaient envie de parler de ce sujet, mais pour certains, il fallait se faire violence, car n'était-on pas en train de faire dériver la question vers le mal-être social... ?

Nous sommes tombés d'accord sur l'idée qu'il fallait s'engager sur ce sujet. D'ordinaire, nous parlons de handicap, et dans ce cadre, il est possible d'évoquer les freins à l'emploi des personnes handicapées. « Ah, les locaux ne sont pas accessibles. » Ou « Handicap mental, avec le niveau d'emplois que je propose, je ne vois pas comment une personne handi-

capée mentale pourrait trouver une place. » Mais avec le handicap psychique, ces arguments ne tiennent pas. Celui du déficit intellectuel ne tient pas non plus.

De quoi s'agit-il alors, si ce n'est d'une incursion de la sphère privée dans le lieu de travail, comme si elle déboulait d'un coup ?

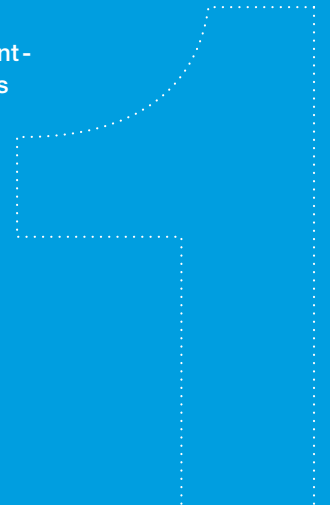
Entre le patron et le salarié se trouve le trouble psychique. Le lien de subordination ne serait-il pas déstabilisé au vol par cette tierce présence ? Car le trouble psychique entraîne avec lui des intervenants non dits : le médecin, le psychiatre, la famille. L'organisation du travail tellement normée se trouverait en quelque sorte fragilisée dans cette confrontation.

Si nous arrivons, dans ce panel que vous représentez ici à Sciences Po, avec la Fondation de France et ces entreprises qui ont bien voulu nous soutenir, à constituer ce que j'appellerai une communauté de parties prenantes qui, en un même lieu et un même temps, échangeront leurs points de vue, au point que des méthodes pourraient surgir, alors peut-être, à l'issue de ce colloque, pourrions-nous nous dire que nous avons un peu avancé ensemble. Et je suis persuadée que la magie se produira.

Les troubles psychiques : nouveaux enjeux pour l'entreprise responsable

Différents éléments semblent indiquer des évolutions dans le champ de la santé mentale. La reconnaissance indirecte du handicap psychique dans la loi Handicap de 2005 est un indicateur. Les progrès en psychiatrie (traitements, dépistage) permettent à un nombre plus grand de personnes de prétendre à une insertion professionnelle. La revalorisation de la place de l'usager en santé mentale réinscrit la personne comme actrice de son parcours d'insertion. Les récents rapports sur les risques psychosociaux, ainsi que les travaux sur le stress et la souffrance au travail interpellent le monde du travail sur les questions de santé mentale.

En quoi les évolutions actuelles participent-elles à une meilleure prise en compte de la santé mentale dans l'entreprise et légitiment-elles ainsi son action en faveur des salariés handicapés par des troubles psychiques ?



La parole à ...

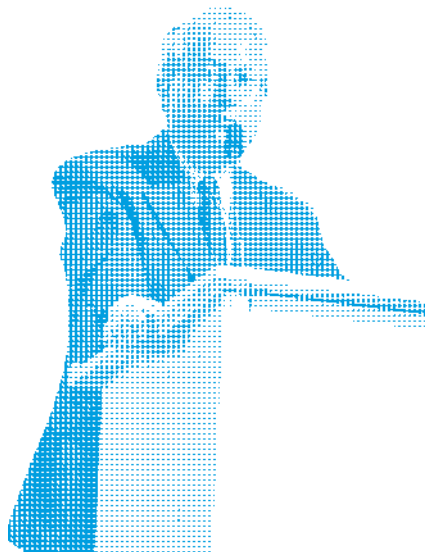
Un membre du Club
Entreprises & Handicap



Antoine Durrleman

CONSEILLER MAÎTRE À LA COUR DES COMPTES

Conseiller maître à la Cour des Comptes, normalien, agrégé de l'Université (lettres classiques), ancien élève de l'ENA, il a alterné au cours de sa carrière des tâches de conception, de contrôle et de terrain au sein des trois fonctions publiques – État, territoriale, hospitalière. Il a notamment été conseiller pour les Affaires sociales d'Alain Juppé, Premier ministre, auprès duquel il a porté des réformes dans le domaine de la protection sociale, puis directeur général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) où il a mis en œuvre les restructurations hospitalières liées à l'ouverture de l'hôpital Georges Pompidou, et enfin directeur de l'École nationale d'administration dont il a assuré le transfert à Strasbourg et réformé la scolarité. Dans ses différentes fonctions, il s'est tout particulièrement intéressé aux problématiques du handicap, et en particulier à la question de l'insertion professionnelle. Il suit aujourd'hui plus particulièrement ce sujet au sein d'une des chambres sociales de la Cour des Comptes.



Je voudrais témoigner de mon expérience de directeur général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris pendant six ans.

Quand j'ai pris ces fonctions, touchant 91 000 salariés, 18 000 médecins, 20 000 infirmières, 20 000 aides-soignantes, j'ai été confronté à une question récurrente dans mes visites des établissements hospitaliers et dans mes rencontres avec les équipes et les services : celle du manque d'effectifs. La question se posait notamment dans un établissement qui globalement était bien doté, par rapport à d'autres établissements en région. Les équipes y étaient plus fournies, l'encadrement plus abondant. Il y avait donc une sorte de mystère : pourquoi ces équipes apparemment fournies avaient-elles des difficultés à assumer leurs charges de travail ? Pourquoi cette demande récurrente d'emplois supplémentaires ? Les raisons sont nombreuses et sont liées à la lourdeur des pathologies, à la diversité des prises en charge, à la nécessité d'expérimenter de nouveaux protocoles thérapeutiques...

À force de rencontres, une demande elle aussi récurrente a émergé : comment pouvez-vous nous aider à faire face à la question des « bras cassés » ? Je me souviens encore de la première fois que j'ai entendu cette expression des « bras cassés », qui pour moi n'évoquait pas grand-chose...

Nous avons alors décidé d'étudier cette question, de la poser à froid avec les organisations syndicales, de faire un diagnostic et d'essayer d'avancer ensemble pour y faire face. Nous avons lancé un dialogue social approfondi sur ce sujet, de deux manières différentes : d'abord en organisant des groupes de travail, ensuite en ayant un dialogue institutionnel au CHSCT, et en démultipliant ce dialogue dans chaque établissement hospitalier. Ce n'est qu'après ce travail de diagnostic en commun que nous sommes entrés en négociation. Il y a alors eu le temps de la discussion, sur six semaines, temps que nous nous étions donné avec les organisations syndicales pour arriver à un accord. C'était le premier accord social à l'Assistance publique depuis plus de dix ans.

À travers ces échanges, nous nous sommes aperçus qu'il y avait en réalité deux sujets différents : celui de l'inaptitude physique et celui des troubles psychiques. Sur le premier, nous avons réussi à apporter des améliorations : nous avons lancé un plan d'équipement, une sensibilisation aux bons gestes...

Mais le problème des troubles psychiques était plus complexe car il était porteur de discontinuité dans les compétences. Une personne qui pouvait être compétente à certains moments allait devenir passive, voire absente, et il fallait que la communauté assume sa charge de travail.

Nous nous sommes rendu compte que nous étions désarmés face à cette question.

Souvent, il y avait une sorte de déni. On savait que ça existait mais on ne voulait pas en parler. La première question à résoudre était : comment réussir à en parler ? Comment éviter le déni ?

La deuxième question était : comment agir ? C'est-à-dire comment donner du temps ? Comment trouver les référents qui permettent d'accompagner suffisamment longtemps une personne en difficulté ?

Il fallait, enfin, trouver le moyen de se mettre en situation d'accueillir des demandes parfaitement légitimes mais difficiles à intégrer, même dans un hôpital public, comme par exemple la demande de mi-temps thérapeutique, qui est nécessaire, mais qui désorganise le rythme de travail des équipes. Ce sont des questions qui amènent à travailler avec des spécialistes, avec la médecine du travail. Elles me sont apparues particulièrement difficiles et délicates.

La problématique qui se pose à l'entreprise me semble d'une dimension encore supérieure, car celle-ci n'a pas en interne les compétences que l'on trouve dans un établissement hospitalier. Elle a par ailleurs une exigence de productivité que n'a pas un établissement public. Voilà le témoignage que je voulais apporter. La question en jeu est celle d'une communauté de travail. C'est donc une question de dialogue social.

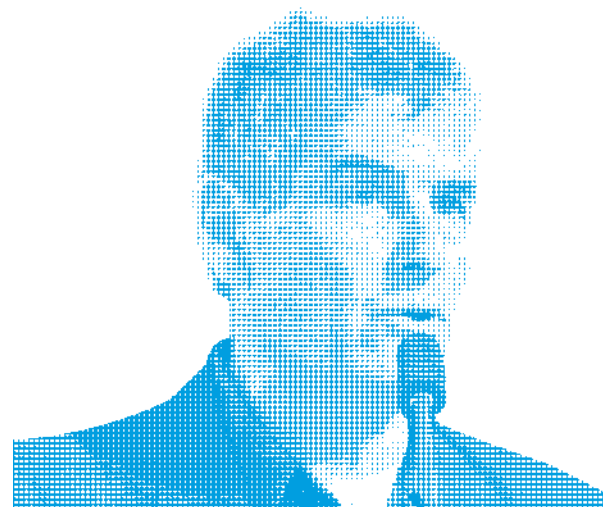
www.ccomptes.fr

Face à l'entreprise

Pierre Vidal-Naquet

SOCIOLOGUE CERPE

Sociologue, chercheur au CERPE (Lyon) et associé à MODYS-CNRS (Saint-Étienne), il travaille sur l'évolution des politiques sociales et médico-sociales et des modalités de prise en compte des différentes formes de vulnérabilités, que celles-ci soient sociales, biologiques ou psychiques. Ses récents travaux l'ont conduit à s'intéresser aux rapports des personnes souffrant de troubles de santé invalidants avec le monde du travail.



Ce colloque est consacré à «l'entreprise face aux troubles psychiques». Mais, dans le cadre de mes recherches récentes, j'ai eu l'occasion de suivre le parcours d'insertion professionnelle d'une vingtaine de personnes atteintes de troubles psychiques. Aussi m'a-t-il semblé intéressant de commencer cette journée par une proposition inverse : «les personnes ayant un trouble psychique face à l'entreprise».

On dit habituellement que la loi du 11 février 2005 a fait entrer le «handicap psychique» dans le champ du handicap. Toutefois, une telle appréciation appelle plusieurs remarques.

Tout d'abord, on peut souligner que le terme de handicap psychique n'est jamais évoqué dans la loi, pas plus d'ailleurs que celui de handicap moteur, visuel ou autre, lesquels n'avaient pas fait antérieurement non plus l'objet de définition.

Cette absence de définition ne doit pas étonner. C'est une instance de magistrature médico-sociale et administrative (la CDAPH) qui est appelée, pour accorder un statut de personne handicapée, à se prononcer à la fois sur le degré de limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société et sur le caractère substantiel et durable de cette altération. Le handicap n'est donc pas prédéfini et le statut accordé est le fruit d'un processus de reconnaissance.

Par ailleurs, il convient de noter qu'avant la loi de 2005, les COTOREP pouvaient accorder le statut de personne handicapée à des personnes ayant souffert de troubles psychiques, quand bien même la notion de handicap psychique n'était pas encore utilisée. Ceci malgré la réticence de certains courants de la psychiatrie.

Cette référence à l'altération psychique est néanmoins performative puisqu'elle a contribué au développement de l'usage social de la notion de handicap psychique. Elle a notamment permis qu'une plus grande attention soit accordée à la place des malades mentaux dans la société. Elle a permis aussi que se développent des structures et des filières spécialisées, que se mobilisent de nouveaux acteurs recherchant, du moins pour certains d'entre eux, une professionnalisation dans ce domaine. Enfin, l'usage social de la notion de «handicap psychique» vient signifier que les personnes souffrant de troubles mentaux ne sont pas des malades qui relèvent seulement d'institutions spécialisées et/ou de la psychiatrie, mais des personnes ayant «droit de cité», devant être soutenues par des acteurs autres que les acteurs psychiatriques.

On peut comprendre, dans ces conditions, la forte demande de «définition» de la part de ces nouveaux acteurs. S'ils n'avaient pas à s'interroger sur la définition de la maladie mentale lorsque celle-ci était traitée entre les murs de l'hôpital ou dans le cabinet du psychiatre, ils sont amenés aujourd'hui, parce qu'ils participent à l'insertion de personnes dites «handicapées psychiques»,

à s'interroger sur cette définition. Les acteurs de l'entreprise se posent de telles questions, notamment lorsqu'ils souhaitent repérer les personnes «handicapées psychiques», éventuellement les recruter, aménager des postes correspondant à leur état, imaginer des filières de reclassements, etc.

Ils sont alors confrontés à deux difficultés :

- La pluralisation des troubles psychiques, la complexité de la symptomatologie, la diversité des conséquences de la maladie sur les comportements font en sorte qu'il est difficile de prévoir pour un individu donné quels sont les comportements à venir à partir de l'identification de ses troubles. Une même pathologie peut générer des troubles extrêmement contrastés.
- La classification du handicap a connu ces vingt dernières années une révision qui entraîne une complexité supplémentaire. Selon la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) les troubles du comportement sont le résultat de l'interaction entre une personne présentant des altérations et son environnement, son milieu. Dans ces conditions, toute définition du handicap risquerait de n'être que biomédicale, objectiviste, sans parvenir à intégrer l'influence du milieu.

Ainsi, plutôt que de tenter de donner une impossible définition, je préfère mener une réflexion à partir du parcours d'une personne ayant connu des épisodes de maladie mentale et souffrant de troubles psychiques. Je vous propose donc de suivre un moment l'itinéraire de Monsieur Alter. Bien entendu, il s'agit d'un nom d'emprunt.

LE PARCOURS DE MONSIEUR ALTET :

*m*onsieur Altet est aujourd'hui âgé de 30 ans. Il travaille depuis cinq mois en CDI à mi-temps dans une entreprise de transport en messagerie. Il effectue pour celle-ci des trajets entre deux préfectures. Il bénéficie d'une reconnaissance de travailleur handicapé (RTH).

Première rupture

Monsieur Altet a trouvé ce poste à la suite d'un parcours chaotique dû en grande partie à des troubles psychiques. À 16 ans, il quitte l'école sans diplôme. Il trouve alors un travail dans l'entreprise du père de son amie. Dix-huit mois plus tard, il cesse cette activité pour préparer un CAP de chauffeur. Il le réussit et trouve un poste de chauffeur dans une entreprise. Il y reste jusqu'à ses 20 ans.

Puis il se brouille avec son amie, quitte ce travail et part précipitamment à l'armée. Il se pense assez fort pour «tenir le choc», selon ses propres termes, mais à l'armée il «craque». Il est alors conduit à l'hôpital militaire, puis au CHS.

L'entreprise d'insertion, l'imprimerie

À sa sortie de l'hôpital, M. Altet est incapable de travailler. Un ami lui indique alors l'existence d'un atelier protégé, une imprimerie gérée par une association d'insertion. Il passe par la COTOREP qui l'oriente vers cette imprimerie où il restera sept mois. Mais il accepte mal les relations de travail et de hiérarchie, ce qu'il explique par son long éloignement du monde du travail et une perte de repères. Il claque la porte de l'imprimerie tout en restant en relation avec l'association d'insertion.

Son passage par l'imprimerie lui a donné le goût de la reliure. On lui propose une formation dans ce domaine. Malheureusement, la formation a lieu à Paris, et il ne se voit pas « monter » à la capitale. « Pour une personne "normale", entre guillemets, ce n'est pas très grave d'aller sur Paris, de dormir là-bas et tout ça. Pour une personne malade, c'est beaucoup de stress, d'angoisse et c'est pratiquement impossible ».

L'horticulture

Monsieur Altet s'engage alors dans une formation pour devenir horticulteur. Au cours de cette formation, il fait un stage qui se passe très mal. Encore une fois, il ne supporte pas la pression de la hiérarchie. Il abandonne ce projet.

Le chargé d'insertion trouve une solution en lui proposant un Contrat Emploi Solidarité dans une entreprise d'insertion, les « Jardins du Cœur » spécialisée dans le maraîchage. Il remplit son contrat puisqu'il y reste un an. Cette réussite est importante pour lui. Il estime, en effet, que l'expérience, quoique fatigante, lui a donné l'envie de relever le « défi du travail ».

Vie de patachon et nouvelle hospitalisation

Mais à la sortie des « Jardins du Cœur », il reste sans travail pendant un an. Il change alors de mode de vie. Il sort beaucoup et fait des rencontres sans lendemain. Il n'a pas d'horaires et vit surtout la nuit. Les accompagnateurs de l'association et l'infirmière du Centre Médico-Psychologique (CMP) désapprouvent son nouveau comportement, mais ils ne le lâchent pas pour autant. Monsieur Altet leur en est reconnaissant et compare cette présence sociale à un entourage familial : « Ce qui a été important c'est cet entourage familial et amical de l'association... j'y ai fait de nouvelles connaissances et puis j'ai rencontré des amis qui m'ont soutenu pendant deux ans... ». Pendant cette année surtout festive, il fait malgré tout quelques stages, et travaille quinze jours dans une grande surface. Il est trop lent, trop peu sociable et n'est pas recruté. Il finit par être hospitalisé une nouvelle fois.

Sortie de l'hôpital, réinsertion familiale et professionnelle

Juste avant cette hospitalisation, Monsieur Altet a rencontré celle qui deviendra son amie. L'infirmière du CMP, qui désapprouvait sa « vie de patachon », l'encourage dans cette nouvelle relation. Lorsqu'il sort de l'hôpital, il

retourne vivre chez sa mère puis trouve un appartement grâce à son amie, avec qui il s'installe. Il travaille alors en intérim, fait les marchés. Mais cela ne lui convient pas.

Il revient vers l'association d'insertion, qui l'aide à renouveler son dossier auprès de la COTOREP, et qui l'adresse à « Cap Emploi », un organisme chargé de placer les personnes handicapées dans le monde du travail et de conseiller les entreprises qui les recrutent. L'organisme lui trouve une formation de chauffeur routier. Mais il ne tient pas. Après une semaine dans une entreprise de transport à plein-temps, il quitte la formation.

Il est alors orienté vers une entreprise d'insertion pour travailler comme coursier. Il y reste un an. Il pense à ce moment-là avoir tenu le choc de sa nouvelle inscription professionnelle. Il se sent « pousser des ailes » et obtient une promesse d'embauche. Mais la fatigue reprend le dessus et Monsieur Altet demande un temps partiel. Le chef d'agence lui oppose un refus très net. Malgré l'intervention de l'association d'insertion, ce dernier ne croit pas au handicap de Monsieur Altet. Il impute sa fatigue à autre chose. La promesse d'embauche reste sans suite.

Suite à cette expérience malheureuse, il est orienté vers une déchetterie. Il refuse cette proposition qu'il juge disqualifiante et n'a alors plus de travail. Les offres d'emploi que lui adresse l'association d'insertion ne lui conviennent pas.

Il finit par répondre à une télé-candidature de l'ANPE et réussit à se faire recruter à mi-temps dans une PME de 8 salariés. Le patron cherchait en urgence un chauffeur disponible sur cette agglomération. Ce poste de travail lui convient bien. Il ne voit ses collègues qu'une fois par semaine et il peut dormir tous les après-midi. Son employeur lui propose rapidement un CDI. Monsieur Altet se décide alors à annoncer qu'il bénéficie d'une RTH. Bien que mal perçue par son employeur, cette révélation tardive ne fait pas obstacle à son CDI. Il reste que cet affichage n'a jamais été simple et place le salarié en situation de porte-à-faux : « Je ne lui ai pas dit tout de suite ; je lui ai dit quand j'ai su que d'autres personnes étaient travailleurs handicapés dans l'entreprise : ça s'est mal passé au téléphone (...), mais il a compris ensuite que je n'étais pas malhonnête, (...) je l'avais caché parce qu'un patron ne m'a pas pris parce que je lui avais dit que j'étais travailleur handicapé (...) En fait j'avais caché partout que j'étais RQTH, à Renault-RVI, partout quoi... Je l'avais dit une fois dans un entretien d'embauche, et j'ai reçu une lettre comme quoi je n'étais pas apte ».

Cet emploi paraissant stabilisé, Monsieur Altet clôt son dossier administratif dans l'association d'insertion et ne se rend plus qu'une fois tous les quinze jours au CMP. Mais sa maladie est toujours présente et continue à entraîner des désavantages sociaux. Récemment, il n'a pas obtenu un prêt immobilier car l'assurance lui a été refusée. « On croit que c'est fini, mais non, ça nous suit comme un boulet ». La maladie n'est jamais vraiment finie puisque celle-ci continue à être traitée. Monsieur Altet se sent vulnérable

et déclare manquer d'assurance : « Quand on est descendu à zéro, et qu'il faut se reconstruire petit à petit, on ne se sent plus aussi fort qu'avant, on a moins d'assurance par rapport à des gens qui sont sûrs d'eux. On se sent amoindri, affaibli. »

Que nous apprend le parcours de Monsieur Altet ?

Si l'on examine le parcours de Monsieur Altet, il est difficile d'affirmer que celui-ci est « handicapé psychique », en tant qu'il serait porteur d'attributs qui le qualifieraient ainsi. Il est bien autre chose que « handicapé psychique ». Il s'inscrit, dans la longue durée, dans un ensemble de trajectoires, qu'il construit, invente et vis-à-vis desquelles il développe une certaine réflexion. Monsieur Altet est un « acteur » et ne saurait être réduit à un statut particulier, celui de « handicapé psychique ». Cette réflexivité n'est pas sans incidence sur ses trajectoires qui, comme celles de tout un chacun, sont très diversifiées. Monsieur Altet connaît en effet simultanément :

- une trajectoire familiale et sociale, faite de moments de stabilisation et de moments de rupture, d'expériences diverses ;
- une trajectoire professionnelle très instable, mais qui connaît des temps de relative stabilité ;
- une trajectoire de santé avec des moments d'hospitalisation de longue durée, mais aussi des suivis ambulatoires – des moments où la maladie l'envahit et des moments où il la contrôle.

Monsieur Altet effectue un travail d'agencement entre ces diverses trajectoires et entre des expériences diversifiées. Il est engagé dans un travail d'autant plus complexe que ces expériences sont très ambivalentes.

Le travail : à la fois facteur de normalisation et révélateur de la maladie, du handicap et de la vulnérabilité

Pour Monsieur Altet, comme pour beaucoup d'autres, la maladie a entraîné une coupure drastique avec le monde du travail. « En tant que patient, on parle toujours de sa maladie, on oublie le travail ». Le travail a pour la personne qui a été un moment invalidée par la maladie mentale un caractère ambivalent.

UN FACTEUR DE NORMALISATION

Le travail est facteur de normalisation : il procure un statut, des ressources, une autonomie et une utilité sociale. Le travail, c'est aussi le signe de la guérison ou d'une amélioration. Travailler, c'est à nouveau pouvoir se confronter

à la réalité. C'est le signe que la maladie est stabilisée, contrôlée ou mise à distance. Travailler permet aussi la restauration de l'image de soi (« Je voulais savoir si j'étais encore capable de travailler »), la possibilité d'avoir des relations sociales, de sortir de chez soi...

MAIS LE TRAVAIL EST AUSSI LE RÉVÉLATEUR DE LA MALADIE ET DES INCAPACITÉS.

Se confronter à la réalité, c'est expérimenter concrètement ce qu'il est possible de faire ou pas. C'est identifier des incapacités, notamment au travers des bilans, des formations, de la définition des projets. (Mr Altet veut faire de la reliure, mais il est incapable d'aller à Paris).

La réalité du monde du travail c'est aussi le rythme, la fatigue, l'encadrement hiérarchique, les relations avec les collègues qui ne sont pas toujours faciles (« Je suis tombé sur un ouvrier qui m'a miné le moral pendant une semaine, alors j'ai abandonné en cours de route. »)

Travailler, c'est se confronter à la disqualification : le travail sous contrat aidé n'est pas considéré comme un « vrai travail », il renvoie au monde des « marginaux ». Il en est de même pour les « petits boulots » et le travail par intérim. Travailler, c'est aussi se confronter aux procédures de sélection : Monsieur Altet est parfois marginalisé à cause de son passé psychiatrique. Travailler, c'est enfin se confronter de temps à autres à l'absence de travail et au chômage.

La situation de travail devient alors le révélateur du processus de fragilisation : la fatigue, la diminution des capacités de compréhension conduisent au retrait social. « Moi mon handicap, c'est la fatigue et la lenteur... et quand on ne comprend pas on n'essaye pas de parler et socialement on est en retrait. »

Présentation de soi dans le monde du travail et incertitudes identitaires

Dans l'entreprise, la présentation de soi est un problème pour toutes les personnes handicapées, mais plus encore pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Ces personnes se trouvent en effet dans un entre-deux. D'un côté, elles aspirent à l'« ordinarité », à se fondre dans le monde commun. Mais de l'autre elles attendent un traitement qui tienne compte de leur déficience. Elles cherchent à faire valoir leurs droits quand elles en disposent en raison de leurs statuts. Elles attendent aussi une certaine tolérance du milieu par rapport à leurs comportements.

Elles sont donc très partagées quant à l'affichage de leur handicap, ce qui va bien au-delà de l'affichage du statut (RTH). Si le handicap est affiché, il y

a risque de stigmatisation. Mais si le handicap est tenu secret, le risque est de voir les comportements déviants imputés à l'incompétence, la paresse, la négligence, bref à des insuffisances ordinaires.

On observe plusieurs positions d'affichage :

- L'affichage contraint : les personnes handicapées peuvent se sentir obligées, à tort, d'afficher leur handicap.
- La dissimulation hésitante : c'est ce que fait Monsieur Altet lorsque, dans un premier temps, il cache son statut de handicapé puis revient sur sa décision initiale.
- La dissimulation définitive : la personne qui dissimule vit en permanence un état d'alerte dans la crainte d'être disqualifiée, d'abord comme malade mental, puis comme dissimulateur et enfin pour son manque de loyauté à l'égard de l'entreprise.

Cette question de la présentation de soi se pose dans de multiples cercles sociaux. L'univers de l'entreprise est loin d'être homogène. Il est composé de multiples sous-mondes qui sont plus ou moins étanches les uns par rapport aux autres (l'atelier, le bureau, la cantine, le vestiaire, les transports, les relations avec les collègues, avec la hiérarchie, avec les clients, etc.) La personne handicapée connaît l'épreuve de la présentation de soi dans chacun de ces cercles sociaux. Le challenge est alors pour elle de tenir une cohérence dans la présentation de soi. Lorsqu'il n'y a pas d'étanchéité entre les différents cercles, il sera difficile de maintenir le secret dans un cercle s'il y a révélation dans un autre cercle.

Les ressources mobilisées pour tenir la trajectoire professionnelle

L'aménagement des postes de travail, le suivi interne ne sont pas les seules ressources. Les ressources externes sont aussi capitales. Le sujet est «acteur», il mobilise diverses ressources. Mais là encore, il faut tenir compte de leur ambivalence :

LES RESSOURCES FAMILIALES ET CELLES DE L'ENTOURAGE

La rencontre, le lien familial sont autant d'opportunités qui permettent de conforter la trajectoire professionnelle. En même temps, les ruptures dans le monde familial peuvent générer des déstabilisations dans le monde professionnel. Cette situation est commune à tous, mais les personnes ayant souffert de troubles psychiques sont peut-être plus sensibles à de telles dégradations et rencontrent plus de difficultés pour préserver l'autonomie des différentes trajectoires.

LES RESSOURCES INSTITUTIONNELLES

Elles sont nombreuses : hôpital, CMP, structures de formation, d'insertion, Cap Emploi, etc. Ces ressources s'inscrivent dans la durée et sont donc une référence permanente pour la personne handicapée. Mais elles ne sont des ressources que parce que la personne va établir des rapports interpersonnels avec différents représentants de ces structures (infirmière, chargé d'insertion, etc.). De telles ressources sont donc à la fois performantes parce qu'interpersonnelles, mais aussi très fragiles pour la même raison.

Il est probablement très difficile d'identifier des «comportements types» propres aux personnes qui seraient «handicapées psychiques». La tentative de définition de ces comportements types et des catégories de population serait même contre performante car elle ferait l'impasse sur la dimension «interactive», «relationnelle» des troubles et risquerait aussi de réifier des états. On pourrait transposer au handicap ce que dit le psychiatre Marc Louis Bourgeois à propos de la schizophrénie. Il est préférable, dit-il, de considérer les personnes affectées de troubles psychiques comme «des personnes bien portantes présentant des épisodes symptomatiques intermittents» plutôt que comme «des personnes malades présentant des épisodes intermittents de bonne santé».

Pour les entreprises, l'approche en termes de «*problem solving*», à partir de chaque situation de fragilité donnée, semble être une piste envisageable. Une telle approche consiste à analyser des situations et à repérer l'ensemble des ressources tant internes qu'externes à l'entreprise pouvant soutenir les personnes vulnérables. Elle passe aussi par la mise en réseau des acteurs de l'entreprise et des structures extérieures à l'entreprise.

Cela dit, une telle proposition doit être maniée avec prudence. Les salariés, handicapés psychiques ou non, continuent à avoir le droit au respect de leur vie privée et de leur intimité.

www.cerpe.info

La participation des personnes dans l'entreprise

TABLE RONDE

Claude Finkelstein, PRÉSIDENTE DE LA FNAPSY

Présidente de la Fnapsy depuis 1998, administratrice de l'Hôpital Sainte-Anne à Paris, membre du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées, membre du Conseil National Consultatif Santé Mentale, et membre du Centre Collaborateur OMS, elle est également rédactrice et cosignataire de la Charte de l'utilisateur en santé mentale du 8 décembre 2000. Elle a travaillé à l'élaboration de la loi du 4 mars 2002 et de la loi du 11 février 2005.

Gérard LeFranc, RESPONSABLE DE LA MISSION RÉINSERTION DU GROUPE THALES

Ingénieur, il dirige la Mission Insertion du Groupe Thales depuis cinq ans, après avoir réalisé un large parcours professionnel dans le Groupe Thales dans des fonctions de management d'équipes techniques, achats et RH. La politique handicap qu'il met en place se caractérise par l'approche globale de l'insertion professionnelle des personnes handicapées rendant actrice chaque fonction de l'entreprise autour de projets innovants.

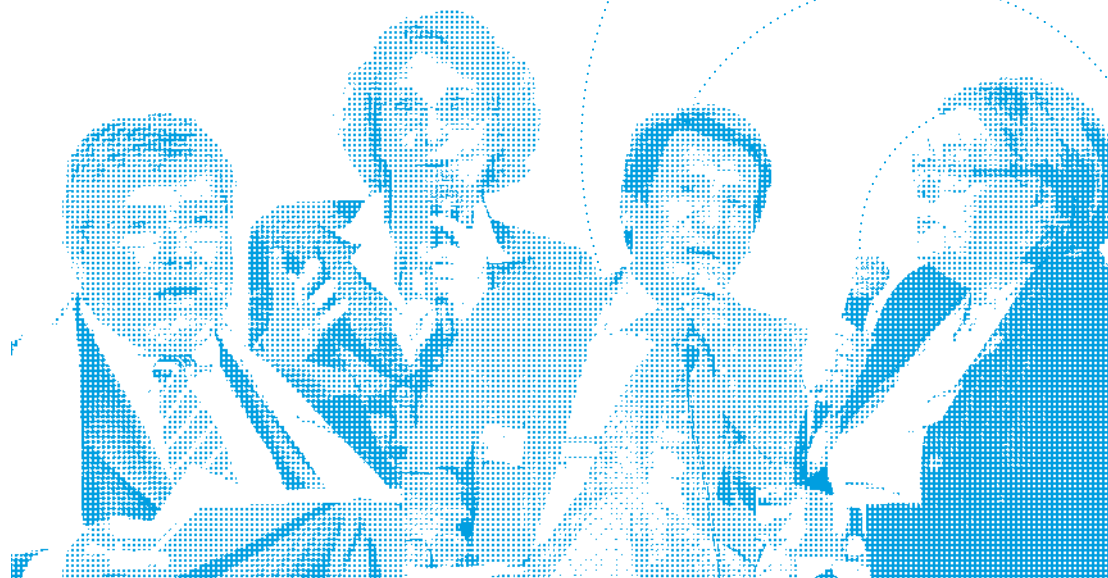
Christine Bargain, DIRECTRICE DU PROJET DIVERSITÉ AU GROUPE LA POSTE

Diplômée de l'École Nationale Supérieure des Postes et Télécommunications et détentrice d'une maîtrise en Mathématiques, elle démarre sa carrière à La Poste en travaillant à la réforme du statut de La Poste en tant que directrice de l'évolution. Après vingt ans d'expérience en ressources humaines et sociales en tant que directrice des Ressources Humaines, elle rejoint la Direction Générale du siège comme directrice du projet Diversité

et Handicap. Sa mission : changer les mentalités et promouvoir toutes les diversités dans l'entreprise : égalité homme/femme, handicap, gestion des âges, diversité ethnique (couleur, culture...)

Sylvain Gachet, DIRECTEUR DU SERVICE GRANDS COMPTES À L'AGEFIPH

En poste à l'Agefiph depuis 1990, il y est aujourd'hui directeur Grands Comptes. Cela consiste à accompagner les grandes entreprises, les groupes, les branches professionnelles, les organisations syndicales et patronales dans la mise en place de politiques d'emploi des personnes handicapées. L'Agefiph intervient au niveau du conseil ainsi qu'à celui du financement.



Comment repenser la place de la personne handicapée psychique par rapport à sa situation dans l'emploi ?

Claude Finkelstein, PRÉSIDENTE DE LA FNAPSY

Beaucoup de personnes pensent savoir ce dont ont besoin ceux souffrant de troubles psychiques, mais c'est surtout la personne handicapée mentale qui peut savoir et conseiller.

Il y a deux étapes : d'abord, le maintien dans l'emploi. À partir du moment où une personne a des troubles psychiques, il y a environ 70 % de chances qu'elle perde son emploi, car personne ne s'adaptera pour suivre ce qui lui arrive.

Prenons ma situation. Je suis une personne comme vous. Il y a seulement des moments dans ma vie où je n'arrive pas à gérer ce que vous, vous gérez. C'est ça la différence. Il faut comprendre dès le début que je suis une personne comme vous qui connaît seulement des dysfonctionnements temporaires, ce qui est finalement le propre de l'être humain. En définitive, si on intègre dans notre société et dans nos entreprises les personnes en situation de handicap psychique, à ce moment-là, on intégrera toute la population.

Tous les troubles ont deux compagnons : l'anxiété et la dépression. Dès que quelque chose ne va pas, l'anxiété prime.

Je vous donne un exemple : j'ai reçu toutes les indications concernant ce colloque par mail, j'ai tout rangé dans un petit cahier et j'ai demandé à quelqu'un de mon entourage de m'accompagner. Il n'y avait pas l'adresse, mais je ne m'y suis pas arrêtée : Sciences Po, je connais. Ce matin, on est allé là où se sont déroulées les réunions préparatoires, c'était au 127. Mais à l'entrée, on nous a dit : « Non, ce n'est pas là... »

Et là, je me suis dit : « Je ne vais pas y arriver. »

La personne qui m'accompagnait a commencé à vouloir héler un taxi. On n'était pas loin d'une station de taxi donc je me suis dit : « Ils ne s'arrêteront pas. » On est parti à pied, et on a fini par arriver.

Toute cette anxiété parce qu'il n'y avait pas l'adresse.

Ce dont nous avons besoin, c'est de stabilité, de pouvoir prévenir quelque chose qui ne va pas.

Notre société se trouve face à l'obligation d'intégrer des personnes en situation de handicap psychique. La question du parcours professionnel est un deuxième temps. Si on pouvait mettre en route le premier temps, c'est-à-dire ne pas « désinsérer », on aura déjà gagné.

Une entreprise qui sait ne pas mettre à l'écart une personne qui souffre et qui saura intégrer des personnes en situation de handicap psychique, une entreprise qui sait gérer le capital humain qui la compose, sera une entreprise performante.

En tant que présidente de la Fnapsy, je représente 8 000 personnes, toutes pathologies confondues...

Je ne comprends pas pourquoi les orientations se font toujours vers des métiers de presse, cuisine, livraisons. Pourquoi propose-t-on d'intégrer une cuisine ? Ces individus ne savent pas gérer la presse, l'urgence. Ils sont formidables en revanche dans l'accueil du public, dans l'aide à la personne. Car ils savent prendre le temps, interroger. Ils sont, grâce à leur grande sensibilité, à l'écoute de l'être humain. Ils savent s'adresser à ce qui souffre dans l'autre, ce que notre société oublie souvent.

www.fnapsy.org

Que peut faire l'entreprise face à cette question ? Comment l'abordez-vous dans le groupe Thales ?

Gérard Lefranc, RESPONSABLE DE LA MISSION RÉINSERTION DU GROUPE THALES

Tout d'abord merci, Marie-Anne Montchamp, pour la loi de 2005. Cette loi a posé une définition du handicap, et on y parle de handicap psychique. L'entreprise s'est à cette occasion tournée vers la personne de terrain responsable du handicap en son sein. Dans un groupe comme Thales, qui rassemble 68 000 collaborateurs dans 60 pays, c'est donc tombé sur moi. On m'a dit : « Que doit-on mettre en place pour l'insertion professionnelle de ces personnes handicapées ? »

Les personnes porteuses de troubles psychiques fascinent.

Ce sont souvent des personnes qui ont de bons niveaux de formation, parfois de très hauts niveaux de formation. En revanche, l'insertion dans le collectif du travail semble difficile, parce que la relation à l'autre n'est pas avec elles celle que l'on connaît habituellement. Par moments, cette relation sort de la norme habituelle, et là, le collectif dans son ensemble doit se saisir d'un stress ambiant qu'il doit partager. La réaction d'un chef de service peut alors se résumer ainsi : « Mais qu'ai-je fait de mal pour que ça ne fonctionne pas ? »

Quand il s'agit d'insérer des personnes en situation de handicap physique, il y a des aides techniques. C'est simple, c'est mesurable. En revanche, avec le handicap psychique, il s'agit de mettre en place un accompagnement, ce

qui est plus difficile. Le chef de service, le collectif de travail n'ont pas forcément de réponse toute faite.

Y a-t-il des solutions ?

C'est bien une solution globale qu'il faut tenter de trouver, mais en ce qui concerne les entreprises ordinaires – je ne parle pas des entreprises adaptées –, elle reste à inventer.

L'entreprise, c'est aussi un laboratoire social. Avant que n'existe la loi, des entreprises ont réussi à mettre en place des projets, à ouvrir des voies sur lesquelles la loi s'est ensuite engouffrée et qui ont permis qu'elle s'inscrive dans la société.

Ce sujet touche la responsabilité sociale de l'entreprise, mais va en réalité beaucoup plus loin. Car il percute des questions d'éthique, et finalement d'humanité.

Les entreprises disent toujours : « Ce qui nous intéresse, ce sont les compétences. » En tout cas, quand on parle du handicap, pour évacuer les questions de discrimination, on parle toujours de compétences !

Mais il faudrait parler aussi de la personne qu'on va embaucher, de ses capacités humaines.

La question qui reste ouverte est celle du collectif d'accompagnement. Nous avons besoin de médecins, d'associations, de spécialistes pour revisiter certains concepts tels que le contrat de travail par exemple.

www.thalesgroup.com

Qu'en est-il du groupe La Poste ?

Christine Bargain, DIRECTRICE DU PROJET DIVERSITÉ AU GROUPE LA POSTE

La Poste est une grande entreprise : elle compte 280 000 salariés, ce qui représente 1 % de la population française. Si on fait un ratio, on aurait 14 000 personnes souffrant de troubles psychiques.

Il y a des tas de personnes qui présentent des troubles psychiques et qui ne posent pas de problèmes à l'entreprise. Comme tout handicap, le handicap psychique ne devient un problème pour l'entreprise que quand il est visible. Et quand devient-il visible dans l'entreprise ? Quand on fait face à des arrêts de travail récurrents, quand la productivité n'est pas au rendez-vous, ou quand les comportements professionnels présentent des « bizarreries » marquées. Tout cela est une gêne pour le manager, mais aussi pour le client, qui ne pourrait pas comprendre.

Dans l'imaginaire populaire, la « folie » est dangereuse. Les faits divers, les films, les romans, ne cessent de présenter des épisodes meurtriers liés à

la folie. On en a tous peur. Si vous dites à un manager qu'il va prendre en charge une maladie psychique, il en sera vraisemblablement effrayé.

Les effets sur l'environnement peuvent être délétères : soit les personnes sont mises au banc de l'équipe, soit, quand il y a des comportements pervers, ce sont d'autres personnes qui sont détruites. Pour faire face à ces problèmes, La Poste a des médecins du travail, des assistantes sociales.

La prise en compte de la vie personnelle est une réalité qu'on ne peut ignorer. Que l'on souffre ou non de troubles psychiques, la vie personnelle a une influence sur la qualité du travail fourni. Quand il y a un décès dans une famille, cela influe sur le travail.

On est face à trois questions principales.

Celle que se pose l'entreprise : Quel environnement mettre en place pour la réussite dans l'emploi de ces personnes ? Devant les cas concrets, on trouve rarement de réponse pertinente.

Celle que se pose le manager : Comment faire pour que la personne continue à être présente à son poste et soit intégrée dans l'équipe ?

Dernière question : Comment faire pour recruter des référents qui puissent accompagner la personne handicapée ? Le bénévolat ne peut pas être pleinement satisfaisant car cette fonction nécessite des compétences particulières. Et l'entreprise n'a pas les moyens en interne de financer ce type de poste.

La privatisation du groupe La Poste ne changera pas l'importance que nous donnons à ces questions. Notre politique a toujours été le maintien dans l'emploi. C'est une vraie volonté du groupe et des organisations syndicales. Le trouble psychique a abondamment été évoqué dans les négociations préparatoires à notre quatrième accord handicap. Une personne représentante syndicale a dit à cette occasion : « Je suis bipolaire. Nous travaillons ensemble depuis des années, aviez-vous remarqué quelque chose ? » Cela a fait réfléchir tout le monde.

www.laposte.fr

À l'Agefiph, quelle est votre approche du problème ?

Sylvain Gachet, DIRECTEUR DU SERVICE GRANDS COMPTES À L'AGEFIPH

Notre mission concerne l'emploi, le milieu ordinaire de travail des personnes bénéficiaires de la loi Handicap de 2005. Je parle donc en particulier des personnes reconnues comme handicapées.

Je vais évoquer trois interventions de l'Agefiph plus adaptées dans le cadre du handicap psychique.

Le premier type d'intervention concerne les aménagements de poste : ce sont souvent des aménagements de type organisationnels.

Le deuxième type d'intervention est ce que nous appelons les « appuis spécifiques ». Nous intervenons sur l'évaluation des capacités dans le cadre professionnel, l'appui au parcours professionnel, au maintien dans l'emploi, et les chantiers d'entreprises d'insertion, qui sont mobilisables spécifiquement dans le cadre de ce handicap.

Le troisième point, ce sont les politiques d'emploi dans les entreprises. Elles se mènent soit sous forme d'accord, soit sous forme de conventions passées avec l'Agefiph. Elles permettent de développer un projet de politique d'emploi : formation des acteurs de l'entreprise, des personnes handicapées, sous-traitance avec le milieu protégé, etc.

Dans ces programmes, on peut définir des axes spécifiques à ce public, et on doit avoir une attention plus particulière sur ce type de handicap.

Pour conclure, je voudrais faire le lien entre politique d'emploi de personnes handicapées et politique des ressources humaines. L'accueil d'une personne handicapée dans l'entreprise oblige parfois à réinterroger les process RH de l'entreprise : procédures d'accueil, de recrutement, aménagements de situations de travail, etc. Souvent, cette obligation permet de revoir et d'améliorer des modalités de travail qui vont profiter à tous.

Dans ces périodes où les risques psychosociaux, le stress sont de plus en plus pris en compte, intégrer les personnes handicapées, les personnes handicapées psychiques en particulier, c'est aider l'ensemble des salariés des entreprises.

À l'Agefiph, nous sommes convaincus que c'est un moyen de faire progresser la gestion des ressources humaines dans l'entreprise.

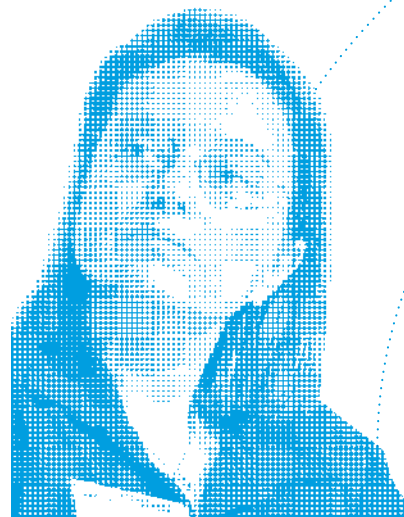
www.agefiph.fr

Éléments épidémiologiques : travail et santé mentale

Christine Cohidon

MÉDECIN ÉPIDÉMIOLOGISTE INVS

Médecin de santé publique, elle est également titulaire d'un doctorat en épidémiologie de l'Université de Bordeaux II. Elle a mené des travaux de doctorat à l'Inrs sur la thématique du stress au travail. Elle travaille depuis janvier 2003 au département santé travail (DST) de l'InVS où elle est responsable du programme de surveillance de la santé mentale en lien avec le travail.



L'InVS, Institut de Veille Sanitaire, a réalisé une enquête sur la santé mentale en France. Voici quelques données épidémiologiques issues de cette enquête. Les troubles de santé psychique constituent un problème majeur de santé publique : on estime que 10 à 30 % de la population générale souffrent, ont souffert ou souffriront de problèmes de santé mentale dans les pays de l'Union européenne.

Ces troubles représentent la première cause d'invalidité, et la deuxième cause des arrêts de travail d'une durée de deux à quatre mois.

En épidémiologie, on étudie les liens entre les expositions professionnelles et la santé psychique. On peut aborder la question selon deux aspects. Le premier est d'étudier les liens entre certaines conditions de travail et l'apparition de troubles de santé psychique. Mais on peut aussi étudier à l'inverse l'impact positif du travail sur la santé psychique : des études montrent en effet les liens entre précarité d'emploi et troubles psychiques, chômage et troubles psychiques.

L'enquête « Santé mentale en population générale, images et réalité » a été conduite par l'Asep et le Ccoms.

Il s'agissait d'une part d'estimer la fréquence de ces troubles dans la population générale, de l'autre de décrire la perception de ces troubles dans la population générale.

C'est une enquête internationale. En France, les données ont été recueillies de 1999 à 2003, mais l'enquête se poursuit dans d'autres pays. Elle a porté en France sur 36 000 personnes, qui ont répondu à un questionnaire.

Nous avons cherché à décrire les fréquences des troubles de l'humeur et des troubles anxieux selon les grandes catégories socioprofessionnelles. Quand un trouble était diagnostiqué, on demandait à la personne concernée s'il y avait eu des répercussions sur son travail.

Concernant la prévalence de ces troubles dans la **population masculine**, les résultats montrent que parmi les hommes de notre échantillon :

- 7 % présentent un épisode dépressif récent.
- 10 % présentent au moins un trouble de l'humeur.
- 11 % présentent au moins un trouble anxieux.
- 7 % présentent des problèmes d'alcool.

Ces prévalences ne sont pas identiques selon les catégories socioprofessionnelles. Dans les catégories les moins favorisées, les prévalences sont plus élevées. On observe aussi une prévalence bien plus élevée chez les chômeurs.

La même étude auprès d'une **population féminine** montre que les prévalences sont supérieures chez les femmes par rapport aux hommes : 11%

d'entre elles présentent un épisode dépressif récent, 15 % un trouble anxieux. On observe chez les femmes la même différence de prévalence entre les actifs et les chômeurs.

En termes de **conséquences sur le travail**, l'enquête a porté notamment sur les troubles de l'humeur et les troubles anxieux.

On constate que les personnes concernées se déclarent gênées par leurs troubles de santé psychique dans 50 % des cas, et ont dû s'arrêter dans 2 % des cas.

On observe là encore des différences selon les catégories socioprofessionnelles.

Enfin, un programme développé à l'Institut de veille sanitaire s'attache à décrire la prévalence du **mal être selon les secteurs d'activité**.

C'est un outil qui mesure le mal-être global, non une pathologie mentale particulière.

On retrouve une prévalence supérieure chez les femmes, quel que soit le secteur d'activité.

Pour conclure, ces chiffres montrent l'importance des troubles de santé mentale parmi les actifs au travail, plus particulièrement chez les femmes. On ne peut ignorer les conséquences de ces troubles sur l'activité professionnelle.

Toutes ces données sont disponibles sur le site de l'InVs.

www.invs.sante.fr

Une question de responsabilité sociale et de développement durable

Charles-Henri Besseyre des Horts

PROFESSEUR À HEC

Expert permanent de l'Agence Entreprises & Handicap, il a animé les groupes de travail préparatoires à la première table ronde. Il est professeur associé à HEC Paris où il est co-directeur Scientifique MS Management Stratégique RH et coordinateur du Département Management & Ressources Humaines. Il est spécialisé dans la relation entre le management des ressources humaines et la stratégie d'entreprise, les stratégies RH internationales et le développement de l'innovation dans les organisations.



Handicap psychique et gestion du capital humain

Il faut être modeste après ce que l'on vient d'entendre. Je viens d'une grande école, HEC, qui n'est pas forcément connue pour sa modestie. Quand je vois une assistance comme la vôtre, quand je vois les places «handicapé» ici à Sciences Po, je crois en effet que l'on a à prendre des leçons. Il faut réfléchir à ce que nous pouvons faire, on a vraiment des questions à se poser. Nous formons des élites et je souhaiterais que nos jeunes soient conscients de cet enjeu.

La question du handicap psychique relève de la gestion du capital humain. Évidemment, cette problématique du trouble psychique et la gestion par l'entreprise de ces cas, qui peuvent être difficiles, relèvent de la problématique générale du développement durable. On pourrait même parler plus généralement de la diversité.

Aujourd'hui, certaines entreprises investissent lourdement dans le champ du handicap : j'étais il y a quelques jours dans une grande entreprise de cosmétiques, et j'observais avec intérêt le chemin qu'a fait cette entreprise sur le thème de la diversité.

Pourquoi une telle évolution ?

Les premières questions sur le développement durable datent de dix ans. On ne peut pas tenir un discours sur le handicap psychique dans l'entreprise si on n'interpelle pas les questions de gestion des ressources humaines, de toutes les ressources humaines, y compris les plus fragiles. L'entreprise doit tenir compte de ses parties prenantes, non seulement internes – les salariés ou les partenaires sociaux – mais aussi externes, comme les agences de notation sociale et sociétale dont le poids ira croissant dans les décisions des investisseurs. Sur le plan des collaborateurs, cette prise en compte du handicap psychique peut être cruciale pour les jeunes futurs recrutés qui sont sensibles à la responsabilité sociale de l'entreprise. Je suis, par exemple, ébahi qu'une école comme HEC soit capable d'avoir près de 60 % des jeunes de première et deuxième années membres actifs d'une des 20 associations humanitaires du campus.

Que font les ressources humaines ?

L'histoire de la fonction RH est longue : une fonction très administrative est devenue progressivement plus gestionnaire, et aujourd'hui plus stratégique. Cette fonction est interpellée sur une dimension marketing. Derrière le

marketing, il y a la notion de diversité. Car il y a un enjeu pour les ressources humaines à offrir des réponses adaptées, notamment pour la question du handicap en général et du handicap psychique en particulier. Une étude auprès des DRH soulignait que la question des personnes handicapées n'arrivait qu'en cinquième position pour les priorités du développement durable. On est donc encore loin de l'appropriation de cette question par les DRH.

Quelle est la position de l'entreprise par rapport au handicap psychique ?

En dépit de ce constat, on peut souligner que beaucoup de choses se sont produites dans l'entreprise : la loi de 2005 a effectivement provoqué une prise de conscience et des changements notables. Le handicap peut être une véritable stratégie de différenciation pour l'entreprise : si elle peut démontrer à ses parties prenantes, et aux clients en particulier, qu'elle fait les choses différemment, elle sera en avance sur ses concurrents. La différenciation est un facteur clé de succès aujourd'hui.

Quels sont les freins ?

Contrairement à l'idée reçue, les travailleurs handicapés sur le plan psychique ne sont pas facteur de non-performance. Ces personnes se révèlent tout à fait compétentes dans certains métiers. Il y a des freins cependant :

- Sur le plan du recrutement des travailleurs handicapés, on n'a pas toujours accès à des compétences disponibles ailleurs sur le marché du travail.
- On peut s'interroger sur nos dispositifs de formation, notamment dans les grandes écoles, qui ne s'ouvrent pas suffisamment au handicap, en particulier au handicap psychique.
- Il y a aussi le frein de la culture d'entreprise : il faut faire évoluer les valeurs, les mentalités collectives dans de nombreuses entreprises.
- Il y a enfin une question clé : celle du management de la performance. Comment voulez-vous que des managers aient le courage d'embaucher ou même de garder des personnes handicapées psychiques tant que l'on n'a pas revu cette notion de management de la performance ?

Une entreprise exemplaire : Bretagne Ateliers

Pour conclure, j'aimerais vous présenter le cas d'une entreprise. Je suis dans le jury du trophée des espoirs du management. L'une des entreprises, Bretagne Ateliers, est un peu différente car c'est une entreprise adaptée :

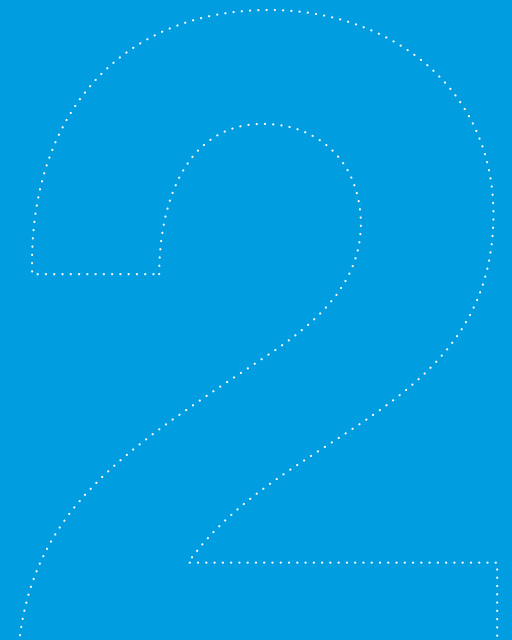
sur 650 collaborateurs, elle a 450 travailleurs handicapés dont 24 % relèvent du handicap psychique. Et cette entreprise a de très bons résultats économiques : 80 % de marge brute en 2008 ! L'aide subventionnée qu'elle reçoit ne représente que 3 % dans son chiffre d'affaires. Voilà un contre-exemple frappant pour lutter contre l'idée selon laquelle les travailleurs en situation de handicap moteur et psychique ne seraient pas performants.

www.hec.fr

Évaluer, compenser, accompagner : un défi pour les professionnels de terrain

Comment définir les troubles psychiques ?
Comment évaluer le handicap ? Comment
évaluer l'employabilité des personnes ?
Les frontières du handicap psychique ne sont
pas claires. En conséquence, les possibilités
et besoins des personnes ne sont pas
identifiés.

C'est l'ensemble de la chaîne de l'insertion
professionnelle qui souffre d'un manque de
compréhension du vécu des personnes
atteintes de troubles psychiques.



La parole à ...

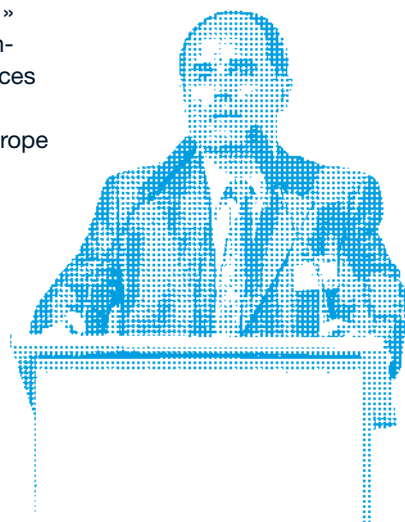
Un membre du Club
Entreprises & Handicap



Daniel Chaffraix

PRÉSIDENT D'IBM FRANCE

Diplômé de l'ESC Clermont-Ferrand (1980), il complète son cursus par un « Master of Science Program » en Finance à l'Université du Kansas, aux États-Unis, et débute sa carrière professionnelle en intégrant La Lyonnaise de Banque, à Saint-Étienne. Il rejoint IBM à la finance du « Manufacturing et du Développement » en 1983 puis le monde des services en 1994. À partir de 2000, il occupe différents postes de dimension européenne, enchaînant la direction de l'ensemble des activités de « Delivery Strategic Outsourcing », puis de la division « e-Business Hosting Services » en 2003. Il prend la tête de l'entité « Integrated Technology Services » en 2004. Dès janvier 2005, il devient responsable des « business lines » puis des « Services Product Groups » d'IBM Global Technology Services pour EMEA, puis pour la région Europe du Sud Ouest depuis Madrid. Il est nommé Président d'IBM France le 1^{er} mars 2007.



Ce qui m'interpelle, c'est ce chiffre de 27 % (donné par l'OMS) de personnes concernées par des troubles psychiques. Quand on gère une entreprise de 11 000 personnes, 27 % ce sont 3 000 personnes d'entre elles qui sont, seront ou ont été touchées par des troubles psychiques. La problématique est beaucoup plus large que je ne me l'étais imaginée. Ce nombre indique que c'est une vraie référence de société, et pourtant, on se sent très ignorant. Au-delà des évidences et des banalités sur la manière de reconnaître et manager ces populations, les entreprises, qui sont de plus en plus demandeuses de collaborations, se sentent ignorantes sur les phénomènes collaboratifs. La gestion du changement comporte des éléments très déstabilisants.

Finalement, pour l'évolution du management dans les entreprises, ce qui compte c'est le regard sur ces hommes et ces femmes, l'écoute : chercher sans espionner, essayer de comprendre, éviter le déni, prendre conseil, se faire aider. De même qu'il est difficile d'écrire un texte dans une langue étrangère qu'on ne connaît pas, il est difficile d'être manager quand on ne connaît pas la problématique.

Habituellement, on s'inscrit dans l'action, avec tout un système de normes qui véhiculent une pression supplémentaire. Or, le sujet du handicap psychique est extrêmement profond. Il demande beaucoup d'investissement pour comprendre, au-delà de l'empathie personnelle. La grande valeur que je reconnais à un tel colloque, c'est d'essayer de comprendre. Si la science n'est pas allée aussi loin qu'on aimerait, il y a certainement des bonnes raisons. Nous sommes aujourd'hui dans le partage. C'est vraiment une cause de société.

Ce sujet mérite d'être sur les agendas au sens des priorités de changement établies, non superficielles. Tout le monde doit aider tout le monde. Il n'y a pas d'un côté ceux qui savent, de l'autre ceux qui ne savent pas. Notre société doit une fois pour toutes regarder, apprendre, creuser. C'est un vrai chantier et c'est pour le long terme.

La question est encore plus complexe dans une société comme IBM, car elle opère dans un système de management, une organisation extrêmement matriciée, en trois dimensions, qui demande un effort d'anticipation complémentaire quand on met quelque chose de difficile en œuvre. Mais je considère que tout le monde est citoyen avant d'être IBM.

www.ibm.com/fr/handicap

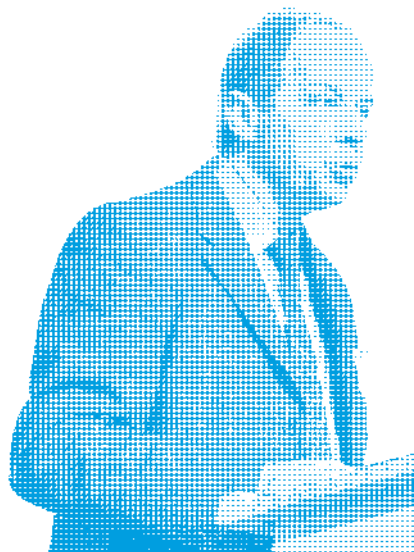
Une réalité difficile à cerner

Bernard Pachoud

PSYCHIATRE, UNIVERSITÉ PARIS-DIDEROT,
POLYTECHNIQUE / CNRS, ARIHM CONSEIL

Psychiatre et docteur en psychologie, il est maître de conférences en psychopathologie à l'Université Paris Diderot, directeur adjoint de l'UFR Sciences Humaines Cliniques, et chercheur au Centre de Recherche en Épistémologie Appliquée (École Polytechnique/CNRS).

Ses recherches en psychopathologie privilégient l'interdisciplinarité (avec la philosophie, notamment la phénoménologie, la linguistique et les sciences sociales). Elles portent actuellement plus spécifiquement sur les notions de handicap psychique, de réhabilitation psychosociale, de retentissement fonctionnel des troubles psychiatriques. Il exerce également au sein du Club-Arihm, une structure spécialisée dans le « maintien dans l'emploi » et le soutien à la réinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique.



La notion de handicap psychique

La définition de ce handicap est nouvelle, mais elle reste méconnue dans ce qu'elle a de spécifique. Certes, le handicap psychique est consécutif à des troubles psychiatriques sévères, mais il faut insister sur l'écart entre le handicap psychique et la maladie mentale.

L'idée de handicap d'origine psychiatrique consécutif à des troubles psychiques peut laisser croire à une continuité entre la maladie et le handicap qu'elle induit. Ce qui peut conduire à penser que la connaissance des éléments fonctionnels de la maladie fait partie du savoir psychiatrique. Cette idée est justement celle à laquelle il faut renoncer si on veut aborder le handicap psychique dans sa pluridimensionnalité. Car le retentissement fonctionnel n'est pas déterminé seulement par les troubles psychopathologiques résiduels. Autrement dit, si on assimile le handicap à ces troubles, on passe à côté de l'intérêt de cette notion de handicap psychique.

À travers trois axes de recherche se dessinent quelques traits qui font la spécificité de cette notion du handicap.

- Les travaux théoriques sur le handicap, dans les pays anglo-saxons ont conduit à remplacer le modèle traditionnel, déficitaire du handicap en **modèle interactionnel** dans lequel le handicap est défini également par les propriétés de l'environnement. Ces dernières conditionnent la situation du handicap autant que les propriétés de l'individu. Il n'y a pas de handicap absolu : on est handicapé pour une tâche ou dans un contexte donné. C'est pourquoi on parle de situation de handicap. Ce n'est pas une précosité de langage.
- Un deuxième axe de recherche porte sur les **limitations de l'activité**. Encore faut-il établir ce qui les conditionne. C'est l'objet de tout un courant de recherche en clinique, qui porte sur les déterminants du retentissement fonctionnel des pathologies mentales. Ce retentissement est évalué en matière de qualité de vie subjective, de réinsertion professionnelle, d'autonomie et de qualité de vie relationnelle et sociale. La corrélation avec les performances cognitives des patients est moindre qu'on ne le croyait. D'autres facteurs que les troubles mentaux conditionnent donc le retentissement fonctionnel et doivent être pris en compte.
- Troisième direction de recherche : caractériser la situation de handicap suppose également de prendre en compte **les ressources** dont dispose la personne pour surmonter ce handicap et parvenir à des situations de vie satisfaisantes. Cela suppose d'avoir conscience de son handicap, de ses limites, mais aussi d'avoir trouvé, en soi et parfois dans l'entourage, les moyens de dépasser ces limites et de les contourner. L'accent est mis sur une posture subjective, un changement du regard du sujet vis-à-vis de sa situation de handicap.

Une chercheuse américaine dit que le rétablissement, c'est une attitude. La personne handicapée sait qu'elle a certaines limitations et qu'il y a des choses qu'elle ne peut pas faire. Mais plutôt que de les laisser être une occasion de désespoir, elle apprend à s'ouvrir aux possibilités de tout ce qu'elle peut faire. Les facteurs de résilience sont aussi à promouvoir pour surmonter le handicap. Ils ouvrent un nouvel horizon théorique.

Ces recherches contribuent au développement d'un modèle propre du handicap psychique, distinct du modèle médical.

L'évaluation du handicap psychique

L'évaluation du handicap psychique est un prérequis des possibilités de réinsertion. La difficulté de l'évaluation tient à ce caractère pluridimensionnel de la situation de handicap. Car pour être pluridimensionnelle, cette évaluation suppose des compétences pluridisciplinaires et doit être assurée par une équipe qui rassemble ces compétences.

Une évaluation sur le terrain est irremplaçable. Mais cela requiert du temps. Il faut apprécier le potentiel de progression de la personne handicapée. Ces contraintes temporelles sont utiles comme rappel du principe de réalité dans le cadre du handicap psychique.

Promouvoir l'articulation entre les professionnels de la réinsertion et le monde de l'entreprise

Il faut développer une coopération entre les professionnels de l'insertion et le monde de l'entreprise. L'évaluation doit s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire et enrichir cette pluridisciplinarité par des acteurs de l'entreprise. Plus nous allons dans cette direction, plus elle paraît pertinente et nécessaire.

L'an dernier, j'ai fait mes consultations avec une stagiaire étudiante en psychologie, qui exerce des responsabilités professionnelles de recrutement dans le service RH d'une grande entreprise française. J'ai constaté que son aptitude à juger de l'employabilité était plus affûtée que la mienne.

Elle a poursuivi son travail par un mémoire de recherche sur l'employabilité et les possibilités d'insertion. Elle y intègre les possibilités d'évolution de carrière des personnes en situation de handicap. Ses recherches tiennent en partie à sa connaissance des attentes de l'entreprise. Elle s'est attachée à repérer les pôles prévalents de l'évaluation par l'entreprise. Dans l'entreprise, l'évaluation s'attache davantage au savoir-être qu'au savoir-faire. Au-delà de la maîtrise technique du métier, ce sont les qualités relationnelles qui sont considérées déterminantes dans le potentiel d'évolution de carrière.

L'employabilité n'est pas déterminée par les troubles pathologiques d'origine, mais en revanche, des modes de fonctionnement psychique altérant les capacités relationnelles peuvent être invalidants. Des troubles compulsifs peuvent être plus invalidants dans les situations de travail que certains troubles psychiques considérés comme plus graves.

Les attentes des personnes en situation de handicap à l'égard du travail

Les personnes en situation de handicap psychique attendent essentiellement du travail une reconnaissance de leur valeur, de leur capacité à contribuer. L'acuité de la souffrance face à la non-reconnaissance a conduit des philosophes à rappeler que la reconnaissance était au centre des rapports sociaux, et en particulier professionnels.

On distingue trois sphères de reconnaissance : celle de l'amour, celle de la sphère juridique et politique (c'est celle de la liberté et de l'autonomie de l'individu), et celle de la valeur sociale de la contribution de l'individu.

Si la reconnaissance est un enjeu permanent, c'est notamment parce que l'appréhension qu'on a de soi-même reste dépendante de l'image que les autres nous renvoient de ce que nous sommes. C'est dans ces différentes formes de reconnaissance que la confiance en soi et l'estime de soi peuvent s'étayer.

Or, ces qualités sont particulièrement fragilisées par le handicap psychique. La quête de reconnaissance dans le travail n'est pas propre aux personnes en situation de handicap, mais on comprend qu'elle soit pour elles d'une importance plus cruciale. Leur isolement fréquent les prive d'autres modalités de reconnaissance. D'où l'enjeu particulier d'accéder à une reconnaissance par le travail.

C'est un type de responsabilité sociale de l'entreprise que de répondre à cette attente. C'est aussi un élément d'explication à la performance parfois remarquable de ces personnes malgré leur handicap psychique.

www.arihm.com
www.crea.polytechnique.fr

Les enjeux de l'évaluation posés par la CNSA (1)

Une recherche-action sur l'évaluation des situations de handicap d'origine psychique

Carole Peintre

RESPONSABLE DU SERVICE «ÉTUDES ET RECHERCHE»
CEDIAS-DÉLÉGATION ANCREAI ILE-DE-FRANCE

Responsable du Service «Études et Recherche» à la Délégation ANCREAI Ile-de-France - CEDIAS, Musée social, elle travaille plus particulièrement depuis plusieurs années sur l'application de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) à des outils d'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap et sur les problématiques spécifiques au handicap d'origine psychique. Le CEDIAS a co-organisé avec la CNSA, le 23 mars 2009, un colloque sur l'évaluation des situations de handicap d'origine psychique.

Je vais vous présenter les objectifs et les principaux résultats d'une recherche-action que nous avons conduite à la demande de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sur l'évaluation des situations de handicap d'origine psychique, et à laquelle ont été étroitement associées des associations représentantes des personnes suivies en psychiatrie et/ou de leurs familles (Fnapsy et Unafam)¹.

Comme le titre de cette recherche-action l'indique, il ne s'agissait pas de traiter de la question des troubles, encore moins de celle de la souffrance psychique. Le terme «situation de handicap d'origine psychique» renvoie à la notion de handicap telle qu'elle est définie par la loi du 11 février 2005. C'est-à-dire à des personnes présentant une limitation dans la réalisation de leurs activités quotidiennes ou une restriction dans leur participation à la vie en société, en raison d'une altération de leurs fonctions psychiques.

Quelle était l'entrée de cette recherche-action ?

L'entrée s'est faite par la reconnaissance des droits par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Il s'agissait de personnes qui avaient déposé une demande à la MDPH pour obtenir une prestation, ou la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, ou encore un soutien en termes de service d'accompagnement, et pour lesquelles figurait dans leur dossier un diagnostic posé par un psychiatre.

L'autre partie de l'intitulé de la recherche-action fait référence à **l'évaluation**. La question de l'évaluation des besoins des personnes est au cœur aujourd'hui des politiques sociales (lois 2002 et 2005), notamment dans l'exercice du nouveau droit à la compensation. En effet, la loi du 11 février 2005 a donné le droit aux personnes à la compensation des conséquences de leur handicap. Il s'agit pour les MDPH de conduire une évaluation des besoins de la personne dans ses différentes dimensions de vie (logement, santé, activités quotidiennes, ressources, scolarité, emploi, etc.) pour construire avec elle un **plan personnalisé de compensation**. Pour ce faire, les équipes pluridisciplinaires de la MDPH doivent s'appuyer bien sûr sur le projet de vie de la personne et utiliser un outil réglementaire qui se réfère à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)².

La CNSA a souhaité, dans le cadre de cette recherche-action, approfondir la question de l'évaluation de ces situations spécifiques de handicap dans la mesure où les équipes pluridisciplinaires des MDPH exprimaient des difficultés majeures pour évaluer ces situations complexes qui nécessitent simultanément la mise en place de soins, d'accompagnements sociaux et médico-sociaux, de ressources, etc.

La recherche-action avait deux objectifs : d'une part, améliorer ce processus d'évaluation, en identifiant notamment les informations pertinentes à collecter, les informateurs à associer, les étapes à prévoir, et d'autre part, favoriser la collaboration entre le secteur médico-social et la psychiatrie.

Cette recherche-action a porté sur 120 études de cas : 80 situations d'adultes et 40 situations d'enfants, dans 15 départements en France. Dans chacun des départements sélectionnés, 8 situations ont été évaluées conjointement par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et une équipe psychiatrique volontaire.

Les principaux enseignements de cette recherche-action

Dans le cadre d'une présentation très synthétique des résultats de cette recherche-action, nous pouvons retenir cinq principaux enseignements de ces travaux.

- Tout d'abord, la question du **poids majeur de l'environnement** dans les situations de handicap d'origine psychique. Si l'approche situationnelle fait aujourd'hui consensus dans l'appréhension des situations de handicap en général (c'est-à-dire considérer que le handicap est le résultat d'une interaction entre des dispositions personnelles et des facteurs environnementaux), il est apparu dans la recherche-action que, pour les situations de handicap d'origine psychique, cette prise en compte de l'environnement était d'autant plus fondamentale que les conséquences des troubles psychiques apparaissent d'abord dans les relations avec les autres. Ainsi, la prise en compte du contexte de vie, et en particulier des soutiens existants et des conditions de vie défavorables, est un facteur essentiel pour analyser les besoins mais aussi définir les réponses les plus adaptées, sous peine de sous-estimer les difficultés de la personne ou au contraire de ne pas identifier ses potentialités. Pour plusieurs situations de l'expérimentation, il est apparu très difficile d'anticiper les capacités de la personne dans un nouvel environnement, notamment à la sortie d'hospitalisation ou pour passer du domicile parental à un logement personnel.
- Deuxième point : La recherche-action a montré que l'élaboration du projet de vie, comme l'évaluation des besoins de la personne et la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation, ne se font pas à un temps T par un professionnel isolé, mais s'inscrivent, bien au contraire, dans un véritable processus, sur une certaine durée, dans **une dynamique relationnelle**, faite d'allers et retours entre la personne, son entourage et les professionnels qui l'accompagnent. C'est une succession d'évaluations dans la trajectoire de vie de la personne, à des moments charnières de la vie (étapes dans le parcours de vie) qui permettent de réajuster les

réponses aux besoins. Ce deuxième enseignement a conduit notamment à préconiser la nécessité pour ces personnes – davantage que pour les autres situations de handicap – de pouvoir avoir accès à des expériences de vie (de travail, de scolarité, de logement, etc.) et de bénéficier d'un accompagnement tout au long de leur parcours, de façon soutenue au moment des changements (et avec une souplesse dans l'adaptation du plan personnalisé de compensation).

- La recherche-action a également mis en évidence que l'évaluation supposait **une co-reconnaissance des expertises croisées**. Pour renseigner l'ensemble des domaines de vie participant au bien-être d'une personne, l'évaluation nécessite de collecter l'information auprès de plusieurs groupes d'acteurs dont l'expertise est reconnue : la personne elle-même qui pourra permettre de comprendre ses choix et son vécu ; l'entourage et les proches qui peuvent éclairer le parcours et la vie quotidienne (pour comprendre notamment le rapport aux autres, au logement, au travail, etc.), et les professionnels de santé, du social et du médico-social qui accompagnent la personne. Ce sont bien ces trois groupes d'acteurs qu'il faut associer à l'évaluation, en s'appuyant sur une co-reconnaissance de chaque expertise.
- Dans le cadre des études de cas, il est apparu que les **différentes dimensions de vie** et les réponses à apporter aux besoins étaient extrêmement interdépendantes, et supposaient par conséquent une articulation entre elles (logement, accompagnement, soins, ressources, activités, protection juridique). Chacune est la pièce d'un puzzle, et l'absence de l'une ou son inadéquation peut remettre en cause l'équilibre de vie actuel, mais aussi la stratégie globale d'intervention.
- Le processus d'évaluation ne peut être isolé, enfin, de **l'organisation des réponses sur le territoire**. Ainsi, si l'on conduit une évaluation fine des besoins, en croisant les différentes expertises pour aboutir à un plan personnalisé de compensation adapté de façon individualisée, encore faut-il que sur le terrain sa mise en œuvre soit possible. Cela nécessite notamment qu'une palette de réponses existe, et que les institutions s'organisent dans une logique de services rendus, voir de plates-formes de services (et non dans une logique d'établissement qui répond à l'ensemble des besoins d'un même individu).

En conclusion

Il apparaît que la population ciblée dans le cadre de cette recherche-action (population reconnue handicapée par la MDPH ou encore pour laquelle il y a une reconnaissance de besoins de compensation) ne recouvre pas entièrement la population présentant des troubles psychiques en entreprise. En effet, une partie des personnes qui s'adressent à la MDPH sont dans

l'incapacité provisoire ou durable de travailler (certains d'entre eux en exprimant cependant le désir). Mais les enseignements de cette recherche-action peuvent s'appliquer en partie à l'ensemble des environnements de vie, notamment à celui du travail, de l'entreprise. Ainsi, l'importance de la temporalité pour évaluer la situation de la personne est très certainement plus spécifique à l'aménagement du poste de travail de ces types de situation de handicap (l'adaptation de l'organisation du travail demandant une certaine durée et un ajustement progressif au fil du temps). La mise en situation réelle de travail et de formation est sans doute également une gageure pour permettre une insertion professionnelle réussie. Par ailleurs, la nécessité de croiser les expertises et de faire appel à plusieurs groupes d'acteurs pour évaluer la situation fait écho au discours des chargés de mission handicap qui se sentent souvent très seuls pour intervenir auprès de ces situations de handicap spécifique. Enfin, l'impact important de l'environnement sur ces situations de vie interroge forcément le contexte de travail favorable ou non à l'expression et au développement des capacités de travail des personnes présentant un handicap d'origine psychique.

Le CEDIAS - délégation Ancreai Ile-de-France - a présenté le 23 mars 2009 les résultats de cette expérimentation nationale sur l'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap d'origine psychique, lors du colloque organisé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à Versailles (« Une évaluation partagée pour mieux accompagner le parcours des personnes »). La manifestation a rassemblé plus de 500 usagers et professionnels des secteurs psychiatrique et médico-social. L'intégralité des résultats de cette recherche-action ainsi que les interventions présentées lors de ce colloque sont disponibles sur www.handpsy-cnsa.fr et sur le site de la CNSA, rubrique documentation.

www.creai-idf.org

¹ Cette recherche-action a mobilisé près de 300 personnes et organisations, parmi lesquelles les associations Fnapsy, Unafam, FASM-Croix Marine, UNAPEI, les services des ministères chargés de la Santé et de la Solidarité, la Mission nationale d'appui en santé mentale, des représentants des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et des professionnels du champ de la santé mentale et du médico-social, enfants et adultes.

² Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA).

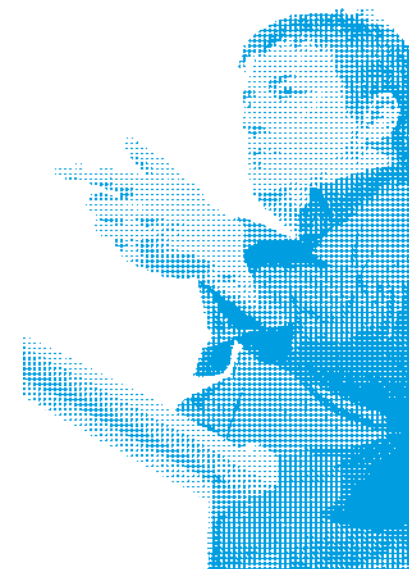
Les enjeux de l'évaluation posés par la CNSA (2)

L'expérimentation prospective des ESEHP

Yann Boulon

CHARGÉ DE DÉVELOPPEMENT DU RÉSEAU GALAXIE

Après une formation universitaire en gestion des entreprises, il a complété son cursus initial par un diplôme d'État de psychomotricien. Il a travaillé deux années comme formateur au sein de l'association Recherches et Formations (42) sur les questions d'évaluation de l'employabilité des personnes en situation de handicap psychique. Suite à cette expérience de terrain, il a exercé des fonctions de direction de l'association Recherches et Formations pendant près de dix ans. Parallèlement, il a participé à la création et à l'évolution du Réseau Galaxie, pour en devenir depuis fin 2007 le chargé de développement. Il occupe les mêmes fonctions dans son association d'origine et au sein du Réseau Cocagne spécialisé dans la création de structures d'insertion par l'activité économique adossées à une production maraîchère biologique.



Le Réseau Galaxie

Créé au début des années 2000, le Réseau Galaxie réunit sur l'ensemble du territoire national une vingtaine de structures développant une spécialisation dans l'accompagnement socioprofessionnel de personnes en situation de handicap psychique.

Si les structures qui composent le Réseau Galaxie justifient d'une expérience significative dans ce champ, l'esprit qui anime nos travaux repose avant tout sur une approche empirique et de questionnement, nous situant tout à fait dans la dynamique de «laboratoire» évoquée très justement par Madame Montchamp en ouverture de ce colloque.

Parmi les axes de travail du Réseau Galaxie, la question de l'évaluation du handicap psychique, reconnue par tous comme aussi complexe qu'indispensable, a été une des priorités développées.

Entre 2002 et 2005, des groupes de travail se sont réunis très régulièrement autour de ce thème. Parallèlement à l'implication de professionnels issus des structures du Réseau Galaxie, nous avons choisi d'ouvrir ces groupes à d'autres acteurs directement concernés par l'insertion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap psychique (médecins psychiatres, médecin du travail, managers d'entreprises, neuropsychologues, représentants des familles...).

Cette ouverture s'est donnée pour objectif d'appréhender la question de l'évaluation d'un point de vue global et selon les deux axes constitutifs du handicap (les facteurs personnels de santé et les facteurs environnementaux).

Les débats ont été riches, parfois vifs, mais toujours constructifs et ont débouché sur la rédaction du cahier des charges des ESEHP (Équipes Spécialisées d'Évaluation du Handicap Psychique) fin 2006.

Une approche croisée

Suite à cette étape de réflexion et conceptualisation, nous voulions absolument pouvoir confronter ce concept à l'épreuve de la réalité. C'est ainsi que grâce au soutien de la CNSA, des Conseils généraux et MDPH de 6 départements pilotes (Ain, Haute Garonne, Loire, Maine et Loire, Nord et Sarthe), une «recherche action» a vu des Équipes Spécialisées réaliser près de 200 évaluations de situations de handicap psychique.

Les ESEHP ont déployé une approche croisée des situations de handicap en explorant systématiquement les sphères «travail», «médicale» et «sociale». Il est par exemple aujourd'hui démontré que l'évaluation de l'employabilité d'une personne handicapée psychique ne peut pas se résumer à la seule

appréciation de son rapport au travail, mais doit questionner la nature et l'intensité des interactions avec les deux autres champs. Dans son intervention, Carole Peintre évoquait l'image du puzzle pour illustrer l'organisation de ces trois scènes, je renforcerais volontiers ce propos en parlant de la notion de «vases communicants».

De la même manière, les ESEHP ont redoublé de vigilance pour accorder autant d'importance à l'évaluation de l'individu qu'à celle de l'environnement. En effet, si tout le monde s'accorde pour affirmer le caractère situationniste du handicap psychique, nous observons dans les pratiques, y compris dans les nôtres, une tendance réflexe à occulter la dimension environnementale. Pour réaliser leurs évaluations, les ESEHP ont procédé à la lecture de 5 champs (capacités cognitives, habiletés sociales, compétences professionnelles, dynamique personnelle, éléments psycho-pathologiques résiduels) à partir de contextes différents (entretiens individuels, ateliers collectifs, visites *in situ* et mises en situation d'activité, concertations partenariales).

Un aperçu des résultats

Parallèlement à ce travail de terrain, le Réseau Galaxie a capitalisé, consolidé et analysé les données sur le plan national. Le rapport de mission, qui sera mis en ligne sur le site de la CNSA et du Réseau Galaxie, présentera de façon exhaustive les résultats de l'expérimentation. En voici quelques données choisies.

Tout d'abord, un petit tour d'horizon des **principes** qui ont sous-tendu la démarche des ESEHP.

- Le diagnostic médical ne présage pas du pronostic, mais il existe des liens étroits entre la maladie et le handicap, ce qui renforce encore la nécessaire articulation avec le secteur sanitaire.
- Des troubles psychiques évolutifs sont à l'origine d'un handicap oscillant qu'il est cependant possible d'objectiver dans une certaine mesure, ce qui permet de sortir de la vision parfois romantique, mystérieuse et imprévisible des troubles psychiques et du handicap qui en découle.
- Le handicap psychique est un «handicap de situation» qui rend indispensable une «contextualisation» de l'évaluation, tant on sait le caractère incertain de la «transférabilité» des compétences et incapacités observées dans une situation donnée.
- Les situations de handicap psychique et les besoins inhérents à ces dernières étant très divers, il est nécessaire de disposer d'un large panel de moyens et supports souples et réactifs. Les démarches d'évaluation trop procédurales pouvant être excluant pour certaines personnes aux modes de fonctionnement atypiques.

- L'environnement « ordinaire » (entreprise, lieux de vie, espace de soin...) est un des principaux vecteurs de l'évaluation. Qui mieux que l'entreprise peut donner des éléments sur les capacités professionnelles ? Qui mieux que les équipes de soin en psychiatrie peuvent apporter un éclairage sur les processus psychiques ? Qui mieux que la famille ou l'environnement social peut témoigner du quotidien des personnes ? Ainsi, les ESEHP n'ont pas tant fonction d'expertise mais davantage compétence pour capitaliser, questionner, mettre en perspective, analyser et synthétiser les éléments issus des scènes d'expertise précédemment évoquées.

L'étude a permis d'observer que l'évaluation, au-delà de l'appréciation des potentiels et incapacités, a différentes **fonctions** :

- Une lecture du handicap décentrant l'analyse des seuls éléments visibles ;
- Un cadre (re)structurant pour la personne et pour son environnement ;
- Un service tiers et une interface de communication permettant :
 1. à la personne de décrypter son environnement et à ce dernier de mieux comprendre son fonctionnement
 2. de favoriser le travail entre différents acteurs (entreprise, médecine du travail, secteur sanitaire spécialisé, secteur social...);
- Une hiérarchisation des besoins et des axes d'intervention à prévoir ;
- Une appropriation des enjeux et des résultats de l'évaluation par la personne elle-même.

Dans cet état d'esprit, 200 situations de handicap ont été lues par les ESEHP sur dix-huit mois d'expérimentation. En voici certains **résultats significatifs**.

- Un nombre important de situations « enkystées » (difficultés qui perdurent ou longues périodes d'inactivité). Même si l'on s'accorde pour dire qu'une période de latence est parfois nécessaire à l'identification d'une situation de handicap, il n'est pas possible de se satisfaire de cette réalité. Nous constatons les mêmes phénomènes dans les situations de maintien dans l'emploi (interventions tardives) qui posent de façon cruciale la question d'approches plus préventives.
- Près de 40 % des situations ont fait apparaître des besoins de soin insuffisamment couverts, ce qui réaffirme l'importance de l'articulation entre le secteur sanitaire et l'environnement socioprofessionnel pour favoriser la continuité des soins.
- 80 % des situations portaient sur une demande d'accès ou de maintien dans l'emploi. Ce dernier constitue sans conteste un vecteur de dynamisation des personnes. Il offre des perspectives qui sont un levier d'accompagnement efficient, même si l'insertion professionnelle ou les possibilités de maintien dans l'emploi sont prématurées.
- Les ESEHP ont établi des préconisations « réalisables » (les ressources nécessaires avaient été identifiées sur le territoire) et de préconisations « idéales » (répondant aux besoins des personnes mais non mobilisables

du fait de l'absence de réponses adaptées sur le territoire).

- Une très grande diversité dans les situations rencontrées a imposé des formats et des modes d'intervention eux-mêmes variés.

Dans ce contexte, nous proposons quelques **réflexions et perspectives**.

- Privilégier une logique de services, c'est-à-dire offrant une grande souplesse et adaptation en termes de temporalité, de mobilité, de moyens mobilisés et de natures d'intervention.
- L'évaluation des situations de handicap psychique doit être pensée de manière itérative et situationniste, sous-tendue par des principes d'immersion, d'expertise et d'accompagnement.
- Les besoins des situations de handicap psychique évaluées portent autant sur un appui à l'environnement qu'un accompagnement des personnes.
- L'évaluation ne peut pas rester un acte ponctuel isolé, mais doit s'intégrer dans une approche plus globale qui pourrait prendre la forme des CRe-HPsy (Centre Ressource pour le Handicap Psychique), concept issu des travaux du Réseau Galaxie en collaboration avec l'Unafam et inscrit dans les perspectives de développement de notre collectif.

En conclusion, je m'appuierai sur les perspectives de collaboration qui se profilent entre le Groupe La Poste et notre réseau pour insister sur le caractère essentiel de ce type de coopération avec l'entreprise. C'est la condition pour s'inscrire réellement dans une logique d'intégration des personnes en situation de handicap psychique et ne pas se borner à une logique de gestion de population, qui n'est satisfaisante pour aucun d'entre nous, et n'est pas respectueuse des personnes concernées.

www.reseau-galaxie.fr

Comment mieux accompagner ?

Les besoins des entreprises
La pertinence des dispositifs

TABLE RONDE

Roselyne Duchesne Levesque, CHARGÉE DE MISSION AU SEIN DE LA MISSION INSERTION DU GROUPE THALES

Depuis 1997, elle est chargée de mission au sein du Service « Mission Insertion » de la DRH France qui met en œuvre l'accord Groupe pour les 47 établissements du Groupe Thales. Principales actions conduites : informer et sensibiliser les référents handicap et les managers ; gérer les processus de recrutement et le maintien dans l'emploi (de la recherche de candidats, au suivi dans la prise de poste) ; assurer les relations avec les différents acteurs de l'emploi ; capitaliser les réussites et proposer de nouveaux axes de progrès.

Brigitte Bancel Cabiac, MÉDECIN DU TRAVAIL AU GROUPE LA POSTE

Elle est directrice Prévention Santé Sécurité au Travail au Siège Social de La Poste et Médecin du Travail - Ergonome.

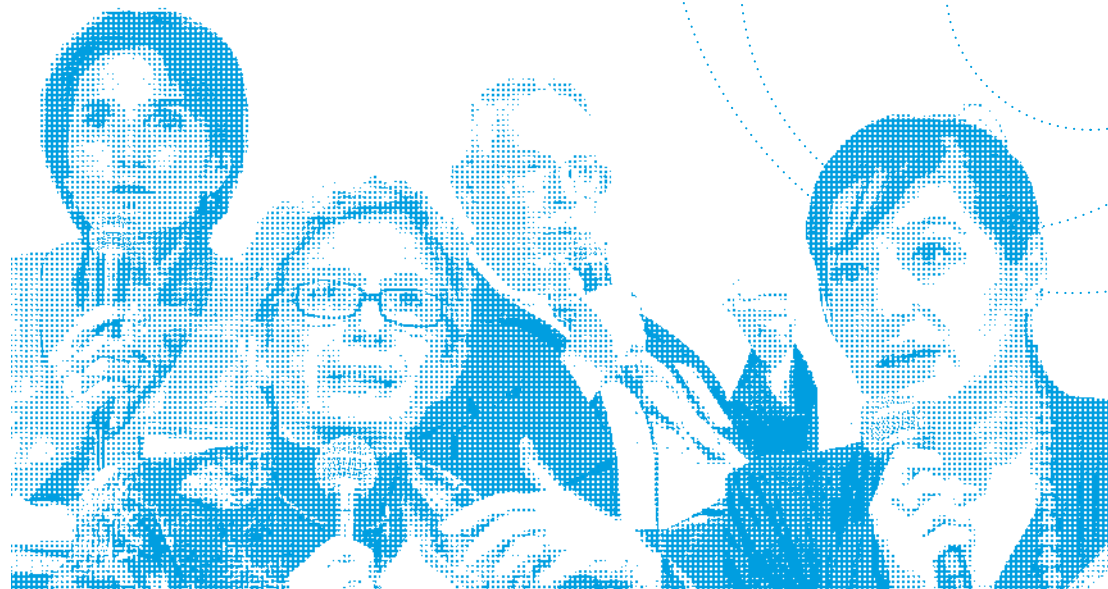
Gérard Lesieur, MÉDECIN DU TRAVAIL, CINERGIE

Médecin du travail dans le Service de Santé au Travail du Nord Franche-Comté depuis avril 1975, il s'est également impliqué comme ergonome dans l'insertion et le maintien à l'emploi de personnes handicapées, en proposant notamment des aménagements de situations de travail. Afin d'intégrer à son action la prise en charge des personnes souffrant de handicap psychique, il passe en 2002 un diplôme universitaire en psychiatrie générale. Il est par ailleurs chargé d'enseignement en ergonomie et risques professionnels en IUT. Membre de Cinergie, il est l'auteur avec le Docteur

Bélaïd Aït-Ali de l'ouvrage *Guide pratique pour l'insertion et le maintien à l'emploi des personnes handicapées psychiques* aux éditions Octarès.

Anne Roi, RESPONSABLE DU DÉVELOPPEMENT DE L'UNIRH (CAP EMPLOI)

Titulaire d'un troisième cycle Ressources humaines de l'IGS (Institut de gestion sociale), elle a de nombreuses expériences professionnelles : consultante en ressources humaines en cabinet conseil spécialisé dans l'organisation bancaire et la sécurité des moyens de paiement (recrutement, approche directe, bilans de compétences cadres, gestion des carrières cadres) ; responsable des ressources humaines dans les hautes technologies de la communication ; chargée de mission handicap (industrie) ; Responsable de Cap Emploi : Paris et Seine-Saint-Denis ; responsable du développement (handicap).



Quelles sont les contradictions à affronter pour mieux appréhender les salariés souffrant de troubles psychiques ?

Roselyne Duchesne Levesque, CHARGÉE DE MISSION AU SEIN DE LA MISSION INSERTION DU GROUPE THALES

Si le handicap physique nécessite une compensation matérielle mesurable et chiffrable dans le temps, le handicap psychique nécessite quant à lui une compensation en aide humaine non mesurable et non chiffrable, sur une durée inconnue.

Il faut par ailleurs faire la différence entre le salarié qui déclare à l'entreprise un handicap psychique et le salarié atteint de troubles psychiques non déclarés comme handicap. Dans le premier cas de figure, les entreprises ont accès aux dispositifs prévus par la loi de 2005 dans le cadre de leur accord sur l'emploi des personnes handicapées. Dans l'autre cas de figure, les entreprises font face au sujet de la "santé mentale au travail".

Dans les organisations de travail, la notion de vie privée et celle de vie professionnelle sont bien séparées. L'entreprise n'a pas à s'immiscer dans la vie privée des collaborateurs, démarche qui pourrait être qualifiée d'intrusive. Or, pour une personne atteinte de troubles psychiques, il y a un *continuum* à prendre en compte : médecin traitant, entourage familial, histoire de la maladie... À l'heure actuelle, la législation ne permet pas à l'entreprise de prendre connaissance de ces informations pour une intégration professionnelle réussie.

Il y a également une contradiction prégnante entre les process et normes du monde de l'entreprise et les besoins particuliers d'un salarié atteint de troubles psychiques. Par exemple, la limitation identifiée sera variable en fonction des phases de la maladie et de l'organisation d'un service impacté.

Soulignons que 80 % des personnes bipolaires sont actives. Les entreprises travaillent en interne avec les médecins du travail et avec des structures externes identifiées. Elles ont appris à reconnaître les répercussions importantes de ces troubles sur certains points tels que la motivation, la prise d'initiative et surtout la relation aux autres. La question de la prise en compte d'une grande fluctuation des capacités des personnes atteintes de troubles psychiques selon des périodes non prévisibles se pose. Comment et avec quels professionnels faire cet ajustement ?

Dans l'organisation quotidienne, tout recruteur et tout manager se sent responsable d'une personne atteinte de troubles psychiques. C'est une res-

ponsabilité à partager. La co-reconnaissance des expertises croisées des professionnels pour renseigner l'ensemble des acteurs de l'entreprise est à construire. Mais à quel moment, à quelle fréquence et avec quel type de compétence est-il souhaitable qu'un tiers professionnel intervienne ? Comment estimer le volume de temps nécessaire ? Ce sont des questions difficiles à résoudre pour les responsables des ressources humaines.

www.thalesgroup.com

Comment cela se passe-t-il au sein du groupe La Poste ?

Brigitte Bancel Cabioc, MÉDECIN DU TRAVAIL AU GROUPE LA POSTE

Si on avait trouvé des solutions à cette question sur le terrain, on n'aurait pas besoin d'en parler. L'un des gros problèmes que nous avons dans les entreprises, c'est de maintenir au travail les personnes qui ont des problèmes. Le monde de l'entreprise est tourné vers la performance, et c'est légitime. *Quid* de quelqu'un dont la performance n'est pas permanente ? C'est une vraie question. Pour y répondre, l'entreprise doit changer ses normes.

Autre élément : la représentation que les Français ont du handicap psychique. C'est un véritable problème. Il faut faire progresser toute la société sur ce sujet. Si la culture n'évolue pas, l'entreprise ne le pourra pas, à cause de ce regard. L'image du handicap psychique est plus difficile à intégrer que celle du handicap moteur. Le handicap psychique a un retentissement évident sur l'ensemble de l'équipe. Il faut construire du collectif autour de ce handicap-là. Cela reste à faire. L'entreprise dans son ensemble n'a pas encore cette maturité. Aujourd'hui, on ne peut pas accompagner ou maintenir dans l'emploi les personnes qui ont ce handicap. Nous sommes prêts à le faire, mais la question de la représentation reste un problème fondamental. Quand il n'y aura plus ce sentiment de peur, quand la représentation aura évolué, elle s'introduira dans le mode de management.

Tant que les entreprises ne regarderont pas ce qu'elles fabriquent elles-mêmes en termes de difficultés, elles ne seront pas mûres pour aborder dans sa globalité cette problématique-là.

Le monde de la santé lui aussi pose des problèmes. La représentation qu'ont les médecins, les psychiatres et les psychologues du monde de l'entreprise doit également évoluer. Le corps médical a une représentation souvent péjorative de l'entreprise : pour les médecins, l'entreprise fait souffrir. Mais, paradoxalement, l'entreprise aide à se construire. Elle a par exemple un rôle important de restructuration lorsque l'on réintègre dans le monde du travail

une personne handicapée psychique.

Puis il y a le monde du malade, au sens très large, qui souvent nie sa problématique. Il est difficile de parler d'un problème quand la personne concernée ou sa famille le nie.

Ces trois mondes, il faut les faire vivre ensemble, et travailler ensemble pour faciliter la reprise et le maintien au travail.

Quelles sont les pistes de progrès ? Quelle place donne-t-on à l'humain dans l'entreprise ?

Les structures existent. Il y a des dispositifs dans l'entreprise, des acteurs, des médecins, des assistants sociaux. Mais les règles juridiques, celles du droit du travail, voire celles de la santé, rendent très hermétiques ces mondes-là. Sur ces sujets, la perméabilité est nécessaire. Il faut que les maillons s'organisent autour du salarié qui a des problèmes de handicap psychique, pour fabriquer du lien, un support, et aussi un accompagnement. Il faut ajuster notre regard. C'est un travail de long terme, à mener avec des équipes soudées.

www.laposte.fr

Comment peut-on compenser le handicap psychique dans l'emploi ?

Gérard Lesieur, MÉDECIN DU TRAVAIL, CINERGIE

S'il est classique d'envisager la compensation du handicap physique ou sensoriel en termes de solutions matérielles d'aménagement de situation de travail (accessibilité au poste, aides à la manutention, logiciels de grossissement de caractère...), la compensation du handicap psychique se décline de façon totalement différente et nécessite de repenser le relationnel et l'organisationnel du travail.

Au terme de tutorat, il nous semble préférable d'utiliser celui d'accompagnement. Il s'agit en effet plus d'un soutien et d'une veille sur le bon déroulement de l'insertion ou du maintien à l'emploi que d'une tutelle, à connotation aliénante.

L'insertion en milieu ordinaire de travail d'une personne souffrant de troubles psychiques doit se préparer en amont, par une sensibilisation de la direction, de la hiérarchie et du collectif de travail. L'objectif de cette sensibilisation est d'optimiser la gestion des compétences de la personne, tout en respectant ses différences.

Force est de constater que certains mythes ont la vie dure (ce qui est le

propre du mythe) : la maladie mentale ne guérit pas, les malades mentaux sont dangereux...

De plus, les chefs d'entreprise se posent la question de la pérennité de la stabilisation d'un état psychique : « Vous nous dites qu'il va bien et que son état est stabilisé, mais pouvez-vous nous le garantir ? ». Bien entendu, personne ne peut s'engager sur une telle garantie, surtout sur le moyen et le long terme, compte tenu des aléas de la vie qui peuvent décompenser tout un chacun et *a fortiori* une personne déjà fragile.

Cependant, un chef d'entreprise se sentira rassuré s'il sait ne pas être seul à affronter une situation difficile et c'est là que la notion d'accompagnement prend tout son sens. L'entreprise aura un interlocuteur référent et disponible si un état de tension ou de décompensation survient au sein d'un collectif de travail.

Qui sera la personne accompagnante ? Deux cas de figure se présentent :

- **Les grosses entreprises** possèdent en interne une infirmière, un médecin d'entreprise, voire un psychologue. Bien entendu, ces personnes du milieu médical sont tout à fait habilitées à assurer ce rôle, d'autant plus qu'elles peuvent anticiper une crise et intervenir en prévention. L'entretien avec la personne handicapée permettra de faire le point sur son état de santé, sur ce qu'elle pense de son travail, de lui conseiller éventuellement un arrêt de travail. D'où l'importance du réseau socio-médical : un bon partenariat avec les thérapeutes pourra faciliter une prise en charge rapide, une modification du traitement. Le recours à des temps partiels thérapeutiques pourra permettre d'instituer une psychothérapie, tout en ne coupant pas le lien avec le milieu de travail. La mission prioritaire de la personne accompagnante sera de soutenir le salarié handicapé, mais bien entendu, elle aura un rôle d'interface entre la personne handicapée et le collectif de travail.
- Dans les **petites structures**, la personne accompagnante, compte tenu de la spécificité du handicap psychique, sera un intervenant extérieur. Si la personne handicapée vient du milieu protégé, les moniteurs-éducateurs peuvent assurer cette fonction. Si la personne vient d'une structure associative d'insertion (Messidor en Rhône Alpes, Fil Rouge à Rennes, Vivre en Ville à Besançon...), ces structures peuvent assurer l'accompagnement. Pour l'avenir, des dispositifs se mettent en place avec l'Agefiph, notamment les PPS (Prestations Ponctuelles Spécifiques), dont la PPS Handicap Psychique.

L'organisation temporelle est un point important à prendre en compte pour compenser le handicap psychique.

- Le travail de journée, respectant les rythmes biologiques de repas et de sommeil, est préférable au travail en équipes alternantes et notamment en 3x8, car plus structurant. De plus, l'observance thérapeutique est plus aisée

- en journée. La nuit étant anxiogène, le rythme de nuit fixe sera à éviter.
- Les personnes souffrant de handicap psychique peuvent avoir besoin d'un travail à temps partiel thérapeutique, afin de poursuivre des soins en hôpital de jour, ou des séances de psychothérapie.

L'organisation fonctionnelle doit elle aussi évoluer. Les méthodes de management actuelles sont difficilement compatibles avec les modes de fonctionnement d'une personne souffrant de handicap psychique. Il faudra être conciliant en ce qui concerne :

- **Le rendement** : que ce soit du fait des troubles résiduels de la pathologie ou du fait de la thérapie chimique, les personnes handicapées psychiques sont plus lentes dans l'exécution des tâches.
- **La polyvalence** : les personnes handicapées psychiques ont besoin de repères structurants (leur atelier, leur poste, leurs gestes professionnels, leur collectif de travail). La polyvalence de poste peut se révéler déstabilisante.
- **Le règlement intérieur** : vivre en société impose d'en respecter les règles, notamment en ce qui concerne les horaires de travail. Il faudra faire des concessions sur d'éventuels retards, et même des absences injustifiées. Ces retards ou absences pourront alerter la personne accompagnante sur une éventuelle décompensation du handicap et permettre, avec l'équipe de soins, les services sociaux et les médiateurs du maintien, d'envisager toutes les solutions permettant le maintien à l'emploi.

www.handitrav.org

À l'Unirh, observez-vous des initiatives porteuses de progrès ?

Anne Roi, RESPONSABLE DU DÉVELOPPEMENT DE L'UNIRH (CAP EMPLOI)

Unirh est une association regroupant plusieurs Cap Emploi. Notre positionnement se situe à la croisée des chemins : nous comprenons la situation des entreprises, et par ailleurs nous accompagnons des travailleurs reconnus handicapés.

Les entreprises sont très souvent en grande difficulté face au handicap mental. De grands progrès sont à faire du côté des collègues et des encadrants, car ce sont eux qui gèrent les difficultés et les compensent parfois. Nous n'accompagnons que des personnes qui ont le statut de travailleurs handicapés. Il faut être bénéficiaire de ce statut pour avoir accès aux prestations. Beaucoup de personnes reconnues travailleurs handicapés en souffrance psychique travaillent, et ça se passe bien. Dans les toutes petites

entreprises, cela se passe souvent de façon plus simple car on est dans la relation humaine directe. À diagnostic médical égal, les facteurs de réussite ne sont pas du tout les mêmes d'une personne à l'autre. Le parcours antérieur compte énormément.

Quand on accompagne des personnes handicapées, *a fortiori* en souffrance psychique, on doit faire ce que j'appelle de la broderie. Il faut s'appuyer sur le dispositif d'acteurs qui existe aujourd'hui : il est conséquent et très performant. Nous rencontrons tous les trois mois les partenaires en Ile-de-France. Dans l'entreprise, on fait un projet professionnel adapté. Il faut que les partenaires et les entreprises puissent avoir un accompagnement au long cours. Il me semble essentiel que cet accompagnement soit extérieur à l'entreprise. L'entreprise n'est pas un lieu de soin.

Nous devrions avoir plus de souplesse pour s'adapter à la situation de la personne comme à la situation de l'entreprise. Les prestations sont très calibrées dans le contenu mais les personnes en situation de handicap psychique sont parfois dans des situations particulières. Selon moi, les facteurs de réussite sont : une personne au sein d'une entreprise pour un métier, dans une équipe particulière et avec un encadrement particulier.

Évoquons l'importance du rôle des Sameth, les structures de maintien dans l'emploi, qui peuvent aider les personnes y compris quand elles n'ont pas le statut de travailleur handicapé.

Il existe aussi une mesure de tutorat, Tandem, qui permet d'identifier à l'intérieur de l'entreprise quelqu'un, par exemple un collègue, sur qui la personne reconnue handicapée pourra s'appuyer au quotidien. Ce tuteur apporte une aide directe à la personne dans l'emploi, mais a aussi pour rôle d'être un ambassadeur durable d'une politique du handicap dans l'entreprise.

Certaines entreprises ont lancé des initiatives admirables. En Seine-Saint-Denis, Siemens a monté un projet avec l'Agefiph, les Cap Emploi et un organisme d'évaluation et de bilan. Elle a ouvert ses portes à une centaine de personnes en leur donnant la possibilité d'apprendre le métier de maintenance informatique sur le long terme, et de pouvoir se redynamiser dans un cadre professionnel. Cette entreprise permet à un certain nombre de personnes de faire leurs premiers pas dans le monde professionnel en CDD.

Il y a aussi des entreprises d'insertion : l'une d'entre elles accueille des personnes ayant un handicap psychique, détachées dans des grandes entreprises. Ces personnes n'ont pas la pression du contrat de travail et peuvent progressivement faire leurs preuves dans l'entreprise.

Dans l'hôtellerie, une entreprise forme des personnes handicapées aux métiers de l'hôtellerie et de la restauration pour être embauchées en tant que salariées.

La régularité dans le temps est quelque chose d'important. Lâcher directement du jour au lendemain ces personnes en entreprise, c'est compliqué. Il existe des structures pour les préparer.

anne.roi@unirh.org

Images et imaginaires autour des troubles psychiques

L'imaginaire développé autour des troubles psychiques et des maladies mentales est particulièrement riche. Le handicap psychique porte à la fois les représentations de la folie et les représentations du handicap. Or cet imaginaire collectif ne semble pas favorable à une meilleure acceptation de ces questions dans l'entreprise.

En quoi l'image et la perception que l'entreprise a du handicap psychique participent-elles à une discrimination supplémentaire pour les salariés ? Peut-on faire bouger les lignes de ces représentations pour une meilleure attention aux personnes vivant des troubles psychiques ?



Les représentations de la folie, de la maladie mentale et du travail

Denise Jodelet

PSYCHOLOGUE SOCIALE

Docteur d'État et directeur d'Études retraitée à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales. Psychologue sociale spécialisée dans l'étude des représentations sociales, elle a dirigé divers programmes de recherche et travaux de thèses (notamment dans les champs de l'environnement et de la santé) menés au sein du Laboratoire de Psychologie Sociale de l'EHESS et en collaboration avec plusieurs pays d'Europe et d'Amérique Latine. Elle a publié plusieurs ouvrages, chapitres d'ouvrage et articles sur les représentations sociales de la folie et de la maladie mentale, du corps, de la santé. Membre du Conseil Scientifique de la Fondation pour la Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (Paris), elle est associée au Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (Lille-Nice).



Aborder les images de la folie et de la maladie mentale pour examiner les rapports aux troubles psychiques dans le cadre du travail, c'est en quelque sorte faire entrer la société dans l'entreprise. Les images, les représentations sont des produits mentaux qui s'inscrivent dans une histoire collective et une culture qui dépassent les espaces concrets de l'activité sociale.

Cependant, il faut souligner que l'insertion des travailleurs handicapés dans l'entreprise est devenue saillante à une époque, les années 1990, où surgissaient deux nouvelles tendances fortes marquant la vie publique.

- D'une part, la formulation de « la nouvelle question sociale », pour reprendre une expression de Rosanvallon (1994). Celle-ci plaçait au premier plan des impératifs de la politique sociale, l'insertion et l'intégration de ce qu'on appelle aujourd'hui la diversité.
- D'autre part, la modification des modes d'organisation du travail induisant la transformation des conditions et du vécu de l'activité productrice qui débouche aujourd'hui sur un problème important : le « risque psychosocial au travail » (Nasse et Légeron 2008) qui met le trouble psychique au cœur de l'entreprise (Dejours 2000, Coupechoux 2009).

Les thèmes de notre colloque reflètent cette complexité qui me conduit à développer deux points complémentaires : images et représentations sociales de la folie et de la maladie mentale et formes du rapport aux troubles psychiques dans l'entreprise.

Processus sous-tendant le rapport à la folie et à la maladie mentale

Avant de donner un aperçu des résultats de quelques recherches portant sur les représentations de la folie, de la maladie mentale et du travail, un mot sur la notion de représentation et ses relations avec le destin social réservé aux personnes qui présentent des troubles psychiques.

L'approche des représentations permet d'aborder la façon dont la société réagit, répond à la réalité et la construit. Cette construction peut être rapportée à un besoin de mise en sens des situations auxquelles nous confronte notre vie quotidienne. La représentation (Jodelet 2006) relève de la connaissance ordinaire, du sens commun ; elle sert de programme de perception, de grille de lecture de notre monde de vie, de guide d'action et d'orientation des communications. Pour le faire sentir, j'emprunte au sociologue Pierre Bourdieu (1982, 151) l'exemple de l'alcoolisme dont la réalité se trouve changée selon la façon dont on le nomme et le conçoit. Il existe dans le sens commun plusieurs explications de cette pratique. Elle peut être attribuée soit à une tare héréditaire, soit à une déchéance morale, soit à une tradition culturelle, soit

à une pratique compensatoire à des difficultés existentielles. Les raisons que l'on trouve à l'alcoolisme entraînent des conséquences attitudinales et comportementales. Désigner une « tare héréditaire » ou une « déchéance morale » induira condamnation et rejet ; tandis que penser « habitude culturelle » ou « compensation psychologique » incitera à une attitude de compréhension et à une plus grande acceptation.

C'est dire que les significations que portent les mots désignant un trouble psychique sont lourdes de conséquences pour ceux qui en souffrent.

Ces significations, véhiculées par la culture et les communications sociales, servent à interpréter les personnes qui nous entourent et à nous conduire vis-à-vis d'elles (Bruner, 1991). Ainsi voit-on se développer des attitudes et des comportements différents selon que l'on parle de folie, de maladie mentale, de handicap psychologique ou mental, de trouble psychique, de stress ou de souffrance au travail. Nommer c'est créer une réalité ; c'est aussi introduire un processus de classement social, par le biais de l'étiquetage (le « labelling »), et de la catégorisation.

L'étiquetage renvoie à un processus sociocognitif consistant à appliquer à un individu ou à un groupe une catégorie pré-établie qui l'objective. Il conduit à ranger, de manière rigide et stéréotypée, la personne ou le groupe ainsi labellisé, dans des classes prédéfinies, entraînant des conduites réglées et discriminantes. Lié à l'étiquetage, le processus de catégorisation consiste à assimiler dans une même catégorie toutes les personnes qui en présentent une caractéristique et par un processus d'extension, à appliquer à ces personnes toutes les caractéristiques de cette catégorie quelles que soient ses particularités individuelles.

La nomination, l'étiquetage, la catégorisation sont à la base des processus de stigmatisation et de discrimination et soulèvent le problème de la diffusion des connaissances psychiatriques. Que devient la schizophrénie quand elle passe du cabinet du psychiatre à l'espace public de l'opinion ? La récente médiatisation de l'affaire de Pau fournit un exemple de son assimilation à la criminalité (Kalampaliis et al. 2007). Cela appelle une réflexion sur les moyens d'assurer une bonne vulgarisation des savoirs en psychiatrie qui constituerait une prophylaxie efficace contre les déviations de la divulgation de termes savants que suscite une réinterprétation spontanée, à partir des représentations profanes.

Ce thème est d'autant plus important que l'on croit qu'une simple diffusion d'informations serait suffisante. Or, dans le domaine de la maladie mentale comme dans tous les secteurs touchant à la santé, l'information ne suffit pas à changer les attitudes et les pratiques, comme l'a amplement illustré, entre autres, le cas du sida. Il faut s'attaquer aux représentations qui servent de

système d'accueil aux informations, constituant souvent un véritable barrage à leur appropriation. Il faut aussi voir quels enjeux vitaux et identitaires sont engagés dans le rapport avec ceux que marque une différence (Jodelet 1991). On peut à ce titre considérer le rapport aux personnes souffrant de troubles psychiques comme relevant des mêmes processus que ceux qu'entraînent les diverses figures de l'altérité (Jodelet 1996, 2005).

Ainsi, la diffusion du savoir n'est pas le garant d'une meilleure acceptation sociale des patients, comme le montrent des enquêtes réalisées dans divers pays. Par exemple, le suivi des enquêtes menées en Italie, depuis la réforme psychiatrique inspirée par Basaglia, montre qu'après un fort courant populaire d'intérêt et de bienveillance manifesté à l'égard des malades mentaux, les attitudes ont régressé. Si l'on note un meilleur niveau d'information sur la maladie mentale, l'attention compréhensive portée à ses victimes connaît une baisse notable tandis que la peur qu'elles inspirent va en augmentant. On observe une tendance similaire outre-atlantique : malgré une meilleure appréciation des symptômes que présentent les malades mentaux, leur image est de plus en plus associée à la dangerosité. Dans tous les cas on constate une tendance croissante à éviter le contact avec eux.

C'est pourquoi, historiquement, dans le langage des professionnels de la santé mentale, on a vu substituer à la notion de folie, celle de maladie mentale pour atténuer la gravité d'imputations sociales ou mythiques infamantes et apporter une réassurance médicale. On a ensuite substitué à celle de maladie ou de déficience mentale celle de handicap. On voulait alors supprimer l'explication des troubles psychiques par un manque dont la détermination est d'ordre naturel au profit d'une détermination sociale. Puis, c'est la notion de handicap qui a été révoquée en raison de la dimension de déficience qu'elle comporte pouvant nuire à une insertion sociale, et enfermant le sujet dans un destin mutilé. Aujourd'hui, on espère que le recours à la notion de trouble psychique aidera à « banaliser » les affections psychiques et mentales. Mais il n'en demeure pas moins que dans la mémoire collective, souvent réactivée par le discours social, politique et médiatique, certaines connotations associées aux termes abandonnés demeurent vivaces dans l'imaginaire social et œuvrent dans les processus de stigmatisation et de discrimination que l'on observe dans l'espace quotidien ou dans les espaces de travail.

Représentation de la folie, de la maladie mentale et du travail

Il faut compter avec l'inertie et la viscosité des représentations. C'est ce que montre une recherche menée par le Centre Collaborateur de l'OMS, sous la direction du Docteur Jean-Luc Roelandt (Roelandt 2005, Roelandt et

Caria 2007). Une série d'enquêtes menées au niveau national et international fait apparaître certains invariants dans la façon de se représenter la folie, la maladie mentale et la dépression. La méthode utilisée pour saisir les représentations a consisté en une série d'associations de mots aux termes « fou », « malade mental », « dépressif » ainsi qu'en l'attribution d'une série de traits aux personnes ainsi qualifiées.

L'attribution de certains de ces traits fait apparaître des représentations qui sont consensuelles, avec quelques variations culturelles mineures. Ainsi, quelqu'un qualifié de fou ou de malade mental est rangé pour plus de 90 % des interviewés dans les catégories anormal et dangereux. Le fou et le malade mental se voient imputer des comportements violents (meurtre, viol, inceste, violence familiale), par plus des trois quarts des sujets. Près de la moitié d'entre ces derniers leur prête un discours bizarre. Tel n'est pas le cas pour les dépressifs auxquels correspondent la tristesse, l'anxiété, le fait de pleurer souvent, l'isolement, le retrait social et le suicide.

Les images associées aux trois termes par un échantillon représentatif de la population française montrent que :

- **Le fou** est considéré comme inadapté à la réalité, à la société. Il vit dans un autre monde, au-delà des cadres et des limites de la normalité. Il est difficile à comprendre parce qu'il n'utilise pas les schémas de pensée courants. Imprévisible, il est dangereux. Incapable de se rendre compte de son état, le fou a besoin d'être isolé, éloigné dans un lieu spécialisé, et relève d'un contrôle médical.
- **Le malade mental** fait l'objet de deux représentations. L'une est purement médicale : il souffre d'un problème psychologique et d'un handicap qui renvoie à un fondement héréditaire et biologique. L'autre établit une forte proximité avec le fou dont il hérite de tous les stigmates tout en apparaissant moins inquiétant parce qu'il peut être compris, soigné par le médecin, le psychiatre.
- **Le dépressif** est caractérisé par la souffrance psychologique, la tristesse et une vision négative de la vie à laquelle il ne peut faire face.

De telles visions ne manqueront pas d'avoir un effet sur la façon de concevoir l'insertion dans le travail. Pour en traiter, je m'appuierai sur deux recherches que j'ai dirigées (Jodelet 1996) ou menées personnellement (Jodelet 1989, 1993). L'exploration des représentations de l'insertion des personnes souffrant de handicap mental dans le cadre professionnel s'est appuyée sur une épreuve d'associations de mots à une série de stimuli qui a été administrée à trois groupes de personnes : des travailleurs handicapés mentaux ; des professionnels de l'insertion des handicapés mentaux ; des chefs d'entreprise intégrant des handicapés mentaux dans leur personnel. Les stimuli étaient : « folie », « handicap », « marginalité », « assistance », « travail », « insertion », « inté-

gration », « citoyenneté ». Les dictionnaires de mots associés à ces stimuli ont permis de délimiter des univers sémantiques et de différencier les positions des trois types d'acteurs.

- a | Pour l'ensemble des personnes interrogées, les termes sont regroupés dans trois univers sémantiques distincts :
Un premier univers associe folie, handicap et marginalité qui sont rapportés à la notion d'assistance. Cet univers se trouve dans une relation d'opposition avec deux autres ensembles de termes. L'un assimile travail et insertion renvoyant aux idées d'effort, adaptation, communauté et entreprise. L'autre associe intégration et citoyenneté à travers les notions de respect, liberté, responsabilité, politique.
- b | Chaque type d'acteur présente des interprétations spécifiques des stimuli proposés. La folie renvoie chez tous à l'« exclusion », mais cette dernière est interprétée différemment. En termes d'« isolement » par les travailleurs handicapés qui témoignent d'une expérience vécue ; en termes d'« enfermement » par les professionnels de l'insertion mettant en cause la réalité asilaire ; en termes de « prison » par les chefs d'entreprise qui endossent une vision carcérale, répandue et prégnante dans l'espace public.

En tant qu'activité, le travail distingue les trois types d'acteurs, mettant en jeu les identités sociales et l'adhésion à des représentations qui ont marqué à travers le temps la gestion sociale du handicap. Le travail est compatible avec la « marginalité » et le « handicap » pour les travailleurs et leurs employeurs ; alors qu'il ne l'est pas pour les professionnels de l'insertion qui l'associent à « l'assistance » et la « dépendance ». Ces différences prennent sens par les connotations du terme travail.

Les travailleurs handicapés font du « travail » un moyen d'insertion à caractère social parce qu'il autorise « la formation », « l'adaptation », « l'acceptation » et la « reconnaissance » dans l'espace d'une « communauté ». Rejetant l'« assistance » rapportée au médecin et le soutien, le « secours » rapporté à l'amitié, ils sont sensibles aux bénéfices sociaux qu'accorde le statut de travailleur.

Pour les professionnels de l'insertion, le travail est la voie de l'« intégration » qui nécessite « effort », « obligation », apporte une « valorisation » et donne droit à l'« égalité », la « participation », l'« appartenance » au sein d'un groupe. Cette vision subordonne la reconnaissance sociale à l'accomplissement de devoirs sociaux. Mais correspondant à une conception élevée de l'intégration sociale et citoyenne, elle reste un idéal et ne s'applique pas à leurs clients, lesquels relèvent plutôt de l'assistance. Ce qui justifie leur fonction.

Quant aux chefs d'entreprise, en admettant la proximité du travail avec

la folie, le handicap et la marginalité, ils se placent non du côté de la production mais du côté des bénéficiaires de l'aide sociale à travers l'assistanat. Le « travail » représente pour eux un « accompagnement », un « soutien », un « service », une « aide » qui permet d'obtenir « liberté » et vie en « communauté ». Cependant, la « citoyenneté », l'« intégration » politique restent inaccessibles, vision proche de l'ancienne conception bienfaitrice de l'aide sociale aux handicapés qui restent enfermés dans un statut restrictif.

Ainsi chacun des types d'acteurs dit quelque chose de sa place ou de son identité sociale. On peut tirer de ces résultats deux conclusions. Les positionnements différents des acteurs sociaux révèlent une discordance dans les représentations des partenaires du contrat social. Cette discordance engendre des attentes et des attitudes sociales qui peuvent entraver la mise en œuvre pratique de l'insertion par le travail. Elle invite à considérer les spécificités qui peuvent tenir à la position occupée par les différents acteurs de l'entreprise. De ce point de vue, il serait souhaitable d'examiner les processus et les évaluations qui se développent en fonction de la relation établie avec les personnes souffrant de troubles psychiques dans le cadre du travail.

Défense identitaire et représentation de la folie et de la maladie mentale

La seconde conclusion concerne l'implication individuelle et collective de la défense des identités et des intérêts dans la construction des représentations. La description des images portées par les différentes affections est révélatrice des potentialités d'accueil de la société. Elle ne suffit pas pour comprendre ce qui se joue dans les difficultés que rencontre l'insertion de personnes dans le monde du travail. Ce qu'a permis une étude déjà ancienne que j'ai menée dans une communauté rurale où les ressortissants d'une institution psychiatrique ouverte étaient hébergés chez l'habitant et vivaient en liberté, étroitement mêlés au tissu social et à la vie collective.

Bien que l'expérience d'un contact prolongé entre les membres de cette communauté et ceux de l'institution psychiatrique ait écarté toute idée de danger et rendu particulièrement sensible la similitude entre les uns et les autres, tout un jeu de représentations et de pratiques est mobilisé, sur le plan symbolique et matériel, pour préserver l'intégrité et l'identité collective contre un double risque.

Le risque d'une assimilation avec ceux que leur appartenance institutionnelle marque du sceau de la différence et celui qu'induit la prétention des malades à une participation égalitaire à la vie sociale. J'insisterai sur deux aspects pertinents dans le cadre de ce colloque : le mode de construction des représentations et leur incidence sur les conceptions du travail.

L'absence de formation et d'information de la part de l'hôpital a conduit la communauté d'accueil à se construire une représentation de ce qu'est la folie ou la maladie mentale ainsi que des codes pour interpréter les comportements des malades et des recettes pour y répondre (Jodelet 1992). Cette construction s'est faite collectivement par échange de conseils et de recettes entre les personnes hébergeant des malades, et transmission de génération en génération. Elle conduit à voir la maladie comme créant un état de nature radicalement différente de celui des personnes dites normales, et à la situer soit au niveau du cerveau qui souffre de déficience, soit au niveau des nerfs marqués par l'excitation. La maladie du cerveau entraîne une défection du contrôle que le malade a sur son organisme et sur sa conduite. La maladie des nerfs est source de violence et de conduites désordonnées.

Cette construction s'appuie sur les savoirs tirés de l'expérience du contact quotidien avec les ressortissants de l'hôpital, de l'observation des processus organiques (on dira que la maladie tourne les nerfs comme le lait ou le sang tournent), sur le recours à des catégorisations religieuses (opposition entre l'innocent - le déficient cérébral - et le méchant - le nerveux), à des modèles psychiatriques du xix^e siècle (opposition entre arriération et dégénérescence), ou encore à l'ancestrale théorie des humeurs avec la résurgence de croyances dans la transmission de la folie par les liquides du corps (salive, sueur, morve).

Dans le domaine du travail, l'élément décisif est la notion de contrôle que le cerveau peut exercer. On employait des patients pour les activités ménagères (nettoyage, courses), agricoles ou artisanales. Le travail rassurait parce qu'il était considéré comme un antidote à la folie et le signe qu'elle n'a pas une forme grave. Mais même pour les personnes reconnues comme qualifiées demeurait la dénégation de leur capacité à exercer de manière autonome et indépendante une activité professionnelle. Le manque de contrôle du cerveau rendait nécessaire un encadrement de l'activité, une rémunération inférieure à celle d'autres travailleurs ou expliquait que le malade ne puisse lutter sur le marché du travail, comme travailleur indépendant.

Derrière ces croyances et ces réserves, il fut possible d'identifier un processus de défense de la part de la communauté qui ne voulait pas permettre l'intégration de plain-pied des malades en son sein par crainte d'être identifiée avec eux par les communes environnantes. Il s'agissait aussi d'empêcher qu'ils obtiennent un statut de participation sociale pleine et entière. Nous retrouvons ici la question de la non-reconnaissance citoyenne des malades mentaux.

En conclusion

En ouverture, j'ai dit que l'étude des images et représentations faisait entrer la société dans l'entreprise et que le contexte des politiques d'insertion avait changé. L'examen rapide des processus de formation et d'intervention des images et représentations suggère que l'on doit aussi considérer les entreprises comme des sociétés, avec leurs normes relationnelles et leur culture. Il serait donc souhaitable d'examiner les processus et les évaluations qui se développent en fonction de la relation établie avec les personnes souffrant de troubles psychiques dans le cadre professionnel. Cette relation est affectée par les attentes correspondant aux différentes positions occupées dans la structure de travail : celle du sujet, de l'employeur, de l'équipe de management, des collègues, etc. Elle dépendra aussi de la trajectoire de la personne souffrante impliquant ou rejaillissant sur les conditions de travail et les relations sociales : est-elle insérée en raison de son trouble ? Celui-ci s'est-il déclaré en cours d'activité ? S'agit-il d'une reprise d'activité après une période de soin ? Selon la situation, les processus de stigmatisation, rejet, acceptation ou soutien seront différents.

Mais il faut aussi prendre en compte le climat général qui affecte la société. À ce titre, il convient d'être vigilant sur les risques que comporte l'accent mis aujourd'hui par les milieux politiques et médiatiques sur la dangerosité des malades mentaux. Cette imputation ne manquera pas de réveiller des craintes anciennes et archaïques servant souvent de justification aux préjugés et de grever le destin des personnes souffrant de troubles psychiques. On ne peut non plus négliger les conséquences de la crise actuelle sur le marché du travail, qui sont susceptibles de renforcer les défenses identitaires et les processus d'exclusion.

Je m'explique à propos de l'impact de cette situation globale sur le contact avec des personnes présentant des signes de trouble psychique. Visibles ou de perception liminaire, ces signes peuvent donner saillance aux malaises qui sommeillent en chacun de nous. Et l'on sait que la peur qu'inspire la perturbation psychologique est largement liée à la peur de la part de folie qui est en nous. Ce qui engendre des processus de rejet et d'exclusion comme le montrent les travaux récemment développés autour de la théorie de la « gestion de la peur » (Salomon et al. 1991). Selon cette théorie qui a été appliquée dans le domaine politique par Al Gore (2004) pour analyser les conséquences des attentats du World Trade Center, tout ce qui évoque un risque pour l'intégrité personnelle ou collective, dont le parangon est la mort, devient source d'angoisse existentielle. On a ainsi mis en évidence, chez les personnes qui sont en proie à une anxiété diffuse, une tendance à devenir moins tolérantes à la différence, à montrer plus d'inclination à l'usage de stéréotypes, à se replier sur son groupe d'appartenance, à se conformer aux normes culturelles et à manifester de l'agressivité vis-à-vis de ceux qui s'en

écartent. Avec la menace de perte d'emploi qui équivaut à une mort sociale, on peut imaginer que ce genre de réaction de défense risque d'être majoré dans les entreprises.

Ce colloque qui témoigne d'une volonté salutaire d'ouverture à la différence, de lutte contre sa stigmatisation, sa discrimination et son exclusion devra affronter un climat social peu propice à l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiques. Raison de plus pour en saluer l'initiative et en encourager les démarches porteuses d'espoir.

www.ehess.fr

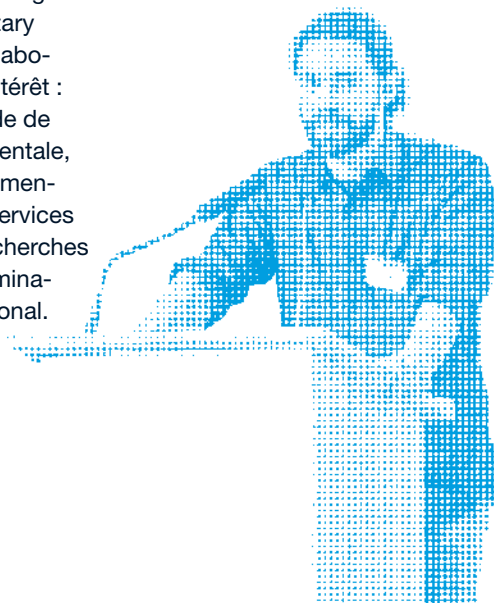
Stigmatisation et troubles psychiques

Réalités, conséquences et perspectives

Nicolas Daumerie

PSYCHOLOGUE CLINICIEN AU CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS POUR LA RECHERCHE ET LA FORMATION EN SANTÉ MENTALE

Psychologue clinicien de l'Établissement Public de Santé Mentale Lille Métropole, il est également chercheur en psychosociologie, et chargé de mission au Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (Lille, France) pour la recherche et la formation en santé mentale. Diplômé en psychologie sociale de l'Université Lumière Lyon II, il a suivi une formation en psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Paris V Sorbonne. Secretary for the International Mental Health Collaborating Network. Missions et centre d'intérêt : psychopathologie, épidémiologie, étude de représentations sociales de la santé mentale, communication / information en santé mentale, management et organisation de services de santé mentale communautaires, recherches action sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale, réseau international.



En 2005, lors de la conférence interministérielle d'Helsinki pour la santé mentale organisée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) Europe, les priorités suivantes ont été dégagées :

1. Mieux faire comprendre l'importance du bien-être mental.
2. **Lutter collectivement contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité. Responsabiliser et soutenir les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et leur famille de sorte qu'elles puissent participer activement à ce processus.**
3. Concevoir et mettre en œuvre des systèmes de santé mentale complets, efficaces qui englobent la promotion, la prévention, le traitement et la réadaptation, les soins et la réinsertion sociale.
4. Répondre au besoin de disposer d'un personnel compétent et efficace dans tous ces domaines.
5. **Reconnaître l'expérience et l'expertise des usagers et des aidants** (l'entourage) et s'en inspirer largement.

Cinquante-deux ministères de la santé européens ont ainsi fait de la lutte collective contre la stigmatisation et de la reconnaissance de l'expertise des usagers et des aidants, des enjeux prioritaires. Lors de cette même conférence, les États se sont engagés à prendre la responsabilité de promouvoir la santé mentale dans le monde du travail, à développer des actions pour diminuer les risques au travail et aider à mettre en place des systèmes de formation professionnelle et d'insertion adaptés pour les personnes souffrant de troubles de la santé mentale.

Les pays d'Europe sont à différents stades d'avancement en la matière mais les priorités, les volontés sont là. L'organisation d'un tel colloque sur les thèmes travail, entreprise, troubles psychiques, santé mentale, mais surtout stigmatisation et discrimination, prouve qu'en France quelque chose bouge dans ce champ, qu'un processus est en marche.

En effet, quelles que soient leurs formes, la stigmatisation et les discriminations en santé mentale sont très fortes. L'étiquette « malade mental » est associée aux stéréotypes négatifs : « différence fondamentale », « violence », « incompetence », « imprévisibilité » (Hayward et coll. 1997, Angermeyer 2002). À tel point qu'on préfère souvent ne pas en parler. Et si l'on n'en parle pas, on n'agit pas, on ne fait ni loi, ni programme, ni stratégie. Einstein disait qu'il est plus facile de désagréger un atome qu'un préjugé.

Les impacts sur l'individu et son entourage sont, eux, bien présents et connus. Les dommages sur l'estime de soi, la socialisation, la sphère professionnelle, l'accès aux soins ou la continuité des soins ont été maintes fois démontrés (Angermeyer 2003, Hayward 1997, Sartorius 2005, Thornicroft 2006).

Les conséquences peuvent être : retard ou rupture dans les soins, rejet, isolement, aggravation des problèmes de santé mentale. (Thorncroft 2006)

Si l'étiquette diagnostique est une marque négative, les systèmes et services de soins psychiatriques institutionnels, « hospitalo-centrés » ont une part de responsabilité importante dans ces processus (Sartorius 2005). En France, l'organisation des soins psychiatriques est mal connue et porteuse de préjugés extrêmement négatifs (Roelandt 2007). La mise en place de soins en santé mentale intégrés, de proximité, accessibles et intersectoriels est une priorité absolue dans la lutte contre la stigmatisation.

Exemples d'actions de lutte contre la stigmatisation et les discriminations et de prise en compte des questions liées à la santé mentale

DANS LE MONDE PROFESSIONNEL

En Allemagne, dans de nombreuses entreprises (IBM, OPEL), des associations de familles et d'usagers interviennent en milieu professionnel. Une hotline est mise en place pour répondre aux questions et orienter. Des réunions d'information pour le personnel et des séminaires pour managers sont proposés.

Au Royaume-Uni a été mis en place le programme antistress du Mental Health Trust. Les recherches montrent que les maladies liées au stress représentent 20 % des causes d'absentéisme. Ce programme pilote de lutte contre le stress a pour objectif de réduire l'anxiété et les tensions des employés (groupe de gestion du stress, groupe d'écoute pour les représentants des employés, atelier sur le stress dans l'entreprise). Résultat, la part du stress dans les causes d'absentéisme a été réduite de 3 %.

En Espagne, l'association nationale d'usagers et de familles (FEAFES) intervient en entreprise sous la forme de réunions d'information ou de permanences.

En France, le Projet EMILIA propose des formations croisées sur la question de l'**empowerment** (voir ci-contre).

En Suède, en Norvège ou au Danemark, des lois sur ces questions ont été promulguées et des actions mises en place au niveau gouvernemental.

LE PROJET EMILIA :

L'ACCÈS À LA FORMATION TOUT AU LONG DE LA VIE DES USAGERS DES SERVICES PSYCHIATRIQUES COMME MOYEN DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

Le projet EMILIA. Empowerment of Mental Health Service Users through Life Long Learning, Integration and Action (Autonomisation des usagers des services de santé mentale par l'accès à la formation tout au long de la vie et l'intégration active) est un projet de recherche financé par le 6^e cadre de recherche de la Commission européenne (contrat CIT3-513435). Associé à ENTER Mental Health – un réseau d'établissements publics de santé et d'universités spécialisé dans la formation et la recherche en santé mentale –, le projet EMILIA réunit 16 partenaires institutionnels dans 12 pays différents. Le site représentant la France est l'Établissement public de santé Maison Blanche. La recherche, initiée en septembre 2005 et qui s'étend sur une période de cinquante-quatre mois, s'appuie sur les deux aspects de la politique européenne que sont le principe d'inclusion sociale et le droit à l'éducation et à la formation tout au long de la vie (Conseil de Lisbonne, mars 2000). L'objectif général du projet est de développer, de mettre en place et d'évaluer une stratégie d'accès à la formation tout au long de la vie en vue de lutter contre l'exclusion sociale des personnes vivant avec un trouble de la santé mentale. Sont privilégiées des formations à l'attention des usagers, devenus eux-mêmes co-chercheurs, dans le domaine de l'accompagnement vers l'emploi et dans le domaine des usagers comme experts des services psychiatriques et de la santé mentale. L'ensemble des parties prenantes – conseillers de l'insertion professionnelle, soignants, employeurs et proches – bénéficie de ce programme visant à augmenter l'« empowerment » des usagers.

Tim Greacen
Emmanuelle Jouet

www.emiliaproject.net

- Greacen T., Jouet E., « Psychologie communautaire et recherche : l'exemple du projet EMILIA », *Pratiques psychologiques*, 15 (1), 2009.
- Greacen T., Jouet E., « Le projet Emilia : l'accès à la formation tout au long de la vie et la lutte contre l'exclusion », *L'Information psychiatrique*, 84 : 1-7, 2008.

AU NIVEAU GÉNÉRAL

En Europe (Allemagne, Autriche, Espagne, Grèce, Italie, Pologne, Royaume-Uni, Slovaquie, Suisse, Turquie), l'Association Mondiale de Psychiatrie a développé entre 1996 et 2004 le Programme «**Open the doors**» pour «dissiper les mythes et incompréhensions autour des troubles schizophréniques».

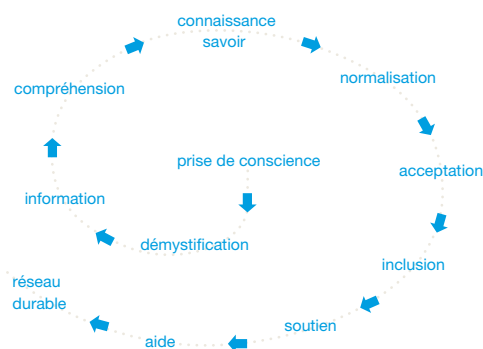
Pour l'Angleterre, on peut citer trois initiatives :

- Le Programme de collaboration avec les médias : «**Mental Health Media**»
www.mhmedia.com
- L'Organisation de lutte contre la stigmatisation : «**Rethink**»
www.rethink.org
- Une initiative «anti stigma» nationale : «**Shift**»
www.shift.org.uk

En Espagne et au Portugal, une charte a été signée avec les médias. Enfin, en Écosse, le programme «See Me...» de lutte contre la discrimination autour de la santé mentale mérite qu'on s'y attarde. Cette initiative est financée par le gouvernement (NHS Scotland) à hauteur d'un million d'euros par an.

L'exemple de la campagne et du programme «See Me...»

De la prise
de conscience
au changement
de comportement



Ce petit schéma théorique pourrait sous-tendre toutes les campagnes de sensibilisation-information ayant pour objectif une prise de conscience et une information pour modifier les savoirs, les attitudes et les comportements. Nos représentations sociales influencent notre façon d'être au monde, de le comprendre, de nous y adapter et par là même guident nos comportements. L'idée d'une campagne comme «See Me...» est de pouvoir toucher et influencer sur les représentations sociales pour favoriser des comportements d'inclusion, de soutien, d'aide et de lien durable.

En terme de communication, «See Me...» est d'abord une campagne *mass media* : spot TV, spot cinéma, spot radio, affichages dans les villes, sur les bus, couvertures des magazines, dépliants d'information, sites internet : www.seemescotland.org et www.justlikeme.org.uk

La campagne a été conçue avec une progression planifiée d'année en année. Pour la première phase, en 2002-2003, trois affiches ont mis l'accent sur l'identité écrasée par le label, le stigmate (pas de visage mais un diagnostic) et se sont appuyées sur des images quotidiennes (gardien de but «schizophrène», cadre «dépressif», jeune femme «anorexique»). Le slogan était : «See Me... Je suis une personne, non une marque ou un label».

En 2003-2004, le focus a été mis sur la dépression, avec de nouveau un appel aux stéréotypes culturels (foot, pub) et une importance de la vie quotidienne (famille, travail, amis). Le slogan a alors évolué : «Arrêtons la stigmatisation de la santé/maladie mentale (*mental ill-health*).» On voit comment les valeurs d'une société sont mises en avant pour soutenir le message. Dans le monde de l'entreprise, on évoque souvent les valeurs et la culture de l'entreprise. Sans doute y a-t-il là quelque chose dont on pourrait se saisir pour réfléchir à la question de la stigmatisation, de la discrimination et de l'insertion dans le monde de l'entreprise.

En 2005, le focus a été porté sur le milieu professionnel. L'idée était d'atteindre les employeurs, les employés et les clients et les consommateurs. Des groupes de travail et de concertation ont été constitués avec tous ces partenaires pour réfléchir à la meilleure façon de communiquer, de parler et de faire parler de ces questions. Le matériel conçu et utilisé dans différentes entreprises portait le slogan : «*Lose the labels in the workplace*».

L'idée de «*focus group*» a émergé durant cette expérience dans le monde professionnel et a été transposée pour sensibiliser les enfants (campagne par dessin animé et dans les écoles).

Le programme «See Me...» propose également des formations à la communication pour animer des réunions d'information mais aussi pour répondre aux médias. Par ailleurs, le «stigma stop watch», comité de veille de 600 bénévoles, traque dans tous les médias (presse, tv, radio, internet...) les nombreuses aberrations qui sont dites sur la santé mentale et les troubles psychiques. La fausse information est dénoncée et un droit de réponse et de correction est exigé.

Autre point fort de cette campagne gouvernementale, dont le développement et le budget ont été votés par le Parlement écossais : l'évaluation. Les résultats, qui montrent une société déjà relativement tolérante sur ces

questions avant la campagne, ont été significativement améliorés en deux ans. Par exemple :

À la question « Si vous avez un problème de santé mentale, le garderiez-vous pour vous ? », la réponse positive a baissé de 50 % à 45 % ;

À celle : « Pensez-vous que les gens qui ont des problèmes de santé mentale sont dangereux ? », la réponse positive a baissé de 32 % à 15 % ;

À celle : « Pensez-vous que nous devrions être mieux protégés ? », la réponse positive a baissé de 35 % à 24 %.

Ceci étant, ces résultats doivent être nuancés, le niveau du discours étant souvent peu représentatif des attitudes et des comportements.

Les travaux du Professeur Stuart (2003) démontrent comment les campagnes *mass media* trop généralistes manquent parfois leur objectif, voire peuvent renforcer certains préjugés. Ils soulignent l'importance des groupes cibles et du travail de proximité.

Et en France ?

Nous avons des outils, souvent méconnus, dont il ne faut pas hésiter à se servir.

La **Semaine d'Information en Santé Mentale**, dont le slogan est « En parler tôt pour en parler à temps », se tient tous les ans depuis vingt ans la deuxième semaine de mars. Elle est pilotée par des associations d'usagers, de familles et des associations de professionnels. L'ensemble des manifestations dans ce cadre (300 cette année) est répertorié sur le site internet de l'Unafam (www.unafam.org). Des thèmes tels que « santé mentale en entreprise » ou « stigmatisation et milieu professionnel » sont d'une importance capitale et j'espère que des entreprises seront partenaires pour développer ces projets.

Autre outil, la campagne de sensibilisation « **Accepter les différences...** ». Première initiative nationale de ce type (2005), ce projet est conçu, développé et porté par quatre partenaires essentiels du champ de la santé mentale : les usagers (Fnapsy), les familles (Unafam), les élus locaux (AMF) et les professionnels (CCOMS). Il a débuté par une campagne d'affichage, puis quelques spots TV ont été ensuite diffusés et un site internet mis en place : www.accepterlesdifferences.com

Déclarée « campagne d'intérêt général » en 2006, « Accepter les différences... » entre dans sa quatrième phase avec le développement d'un petit fascicule conçu par les quatre partenaires sur la question de l'information et de la stigmatisation. Ce fascicule cible les médecins du travail, les élus, les professionnels sanitaires et sociaux, les offices HLM, les associations

d'usagers...

Malheureusement, cette campagne n'a pas eu le retentissement souhaité. Pour compléter le panel des partenaires essentiels tant dans la réalisation des outils que dans les stratégies de développement, le monde du travail doit être intégré.

Autre campagne nationale et gouvernementale, celle développée par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation à la santé) : « **La dépression, en savoir plus pour en sortir** ». Il aura fallu attendre 2005 en France pour que ce type de projet soit développé avec un soutien financier de l'État. Le processus est en « *stand-by* ». Quelle sera la prochaine étape ?

Enfin, les fascicules édités par **Psycom 75** (www.psycom75.org), dont le comité de rédaction est composé notamment de représentants des associations d'usagers et de familles, constituent des outils d'information tant dans le domaine de l'organisation des soins, des troubles psychiques, des traitements médicamenteux, des psychothérapies que du domaine juridique.

Pour conclure, on peut affirmer que :

- l'implication des usagers et la reconnaissance de leur expertise sont essentielles ;
- les outils de communication sont utiles mais insuffisants ;
- les lois et leur application sont primordiales ;
- l'organisation de services d'aide et de soins de proximité adaptés, intégrés, intersectoriels et des actions d'information et de prévention locales sur des groupes cibles (milieu professionnel par exemple) ont un effet direct sur les facteurs de risque liés à la stigmatisation **en limitant l'exposition des personnes à la victimisation, à l'exclusion et au repli** ;
- les bonnes pratiques de tous influencent positivement les perceptions et représentations sociales et réduisent la stigmatisation et la discrimination.

Nous devons **être partenaires**. Ne pas dire, « c'est eux », mais « c'est nous ». Car c'est de nous que nous parlons, de nous, de nos familles, de nos enfants, de leur futur...

Auteurs associés :

Aude Caria, psychologue, chargée de mission au Centre collaborateur de l'OMS (Lille)

Simon Vasseur Bacle, psychologue, chargé de mission au CCOMS (Lille)

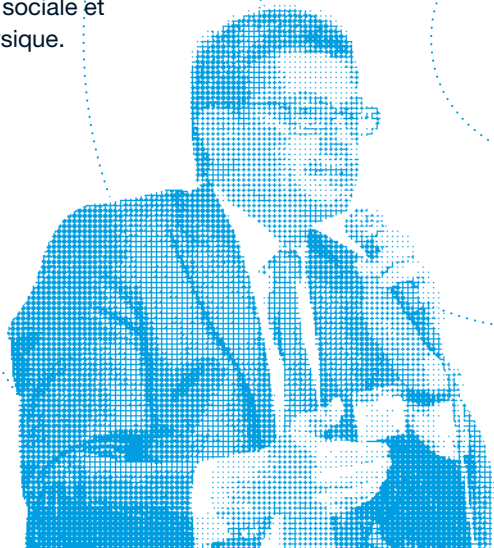
Jean-Luc Roelandt, psychiatre, directeur du CCOMS (Lille)

Quelle résonance dans l'entreprise ?

Jean-François Amadiéu

DIRECTEUR DE L'OBSERVATOIRE DES DISCRIMINATIONS,
PARIS I - SORBONNE

Professeur d'université et agrégé de gestion, il a créé et dirige l'Observatoire des discriminations à l'Université Paris I-Panthéon Sorbonne. Ses travaux portent sur l'ensemble des formes de discriminations et sont menés en lien avec les entreprises. Il est membre du comité consultatif de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE). Ses derniers ouvrages, *Le Poids des apparences* et *Les Clés du destin*, abordent les différents facteurs constitutifs de l'inégalité des chances comme le lieu d'habitation, l'origine sociale et ethnique ou encore l'apparence physique.



Ne rêvons pas : les entreprises n'ont pas pour mission fondamentale de devancer la société en général. Cependant, il faut noter que les entreprises, en tout cas les grandes, sont quand même très en retard sur le sujet du handicap psychique. On avance au niveau national plus facilement qu'au niveau des entreprises.

Pour quelles raisons les entreprises sont-elles si en retard ?

La première raison, c'est qu'on ne parle pas du handicap psychique en ressources humaines. Combien de managers, de présidents ont-ils été formés sur ce sujet ? On a intégré à grand-peine la question de la diversité, celle du handicap physique un peu aussi, mais le reste : absolument pas. Tous nos dirigeants ont été formatés de cette manière. Il suffit de regarder des disciplines comme la sociologie, l'économie du travail, la gestion, l'économie des organisations. Cherchez les cas où l'on traite des aspects privés, de ce qui ressort de la personne elle-même, et *a fortiori* du handicap psychique, vous n'en trouverez pas !

C'est un point qui est absolument clé.

La deuxième raison, c'est que pour pouvoir agir dans une entreprise, il faut mesurer, pour identifier. Or, la mesure n'existe pas aujourd'hui pour le trouble psychique. Elle s'est développée sur la question du stress, mais il n'y a pas de méthodes déclaratives ou de moyens statistiques qui permettraient d'identifier les personnes en situation de handicap psychique. Donc il y a là une minorité invisible, qui risque de le rester un certain temps.

Le dernier point, c'est l'image dégradée du trouble psychique. On tient la personne concernée pour responsable de la situation qui est la sienne. La résistance au stress, la vulnérabilité, les normes alimentaires, vestimentaires, le look... tous ses aspects sont considérés comme étant de la responsabilité de la personne. On se dira par exemple d'une personne souffrant d'obésité - autre sujet de discrimination - qu'elle n'avait qu'à prendre soin d'elle-même. Il y a aussi l'idée que la présence d'une personne handicapée psychique est nuisible pour les équipes. Dès l'embauche, les employeurs sont extrêmement attentifs à la notion de « bonne santé ». C'est un sujet qui est de plus en plus important.

Comment changer cette image dégradée et faire bouger les représentations ?

Des outils de ressources humaines qui font obstacle

Les entreprises sont très embarrassées par les outils de ressources humaines utilisés pour l'embauche. On se trouve avec le handicap psychique devant un problème qui n'existait pas pour les autres sujets de discrimination, de diversité.

Nous devons interroger de façon très approfondie les outils de sélection à l'embauche. Je ne connais pas de responsables de recrutement qui assumeraient actuellement, alors même qu'ils ont repéré des troubles psychiques, de procéder au recrutement.

Depuis l'après-guerre, on a développé des tests de personnalité. Ces tests sont faits pour repérer l'introversion, la résistance à l'anxiété, etc. Ils ont pour objectif de prédire le comportement de la personne ; ils sont faits pour repérer précisément l'éventualité qu'une personne pourrait ne pas bien réagir à un moment donné.

Soit les tests de personnalité utilisés sont pertinents, et dans ce cas ils écartent les individus qui présenteraient des troubles psychiques, soit ils ne le sont pas, et alors, à quoi servent-ils ?

Intégrer la question du handicap psychique implique donc une révolution pour tout notre appareillage de sélection à l'embauche. Il faut que les recruteurs évoluent dès le stade du tri de CV. Quand quelqu'un a un trou dans son CV, ce qui est fréquemment le cas pour les personnes connaissant des troubles psychiques, qui changent souvent d'emploi, son CV ira à la poubelle !

Cette remise en cause des outils d'évaluation est plus lourde et plus complexe que pour d'autres sujets de discrimination. S'il s'agit d'œuvrer pour la diversité dans une épreuve de concours, on peut décider de ne plus interroger sur *La Princesse de Clèves*, ce n'est pas très compliqué. Mais avec les tests de personnalité, c'est une autre affaire.

Enfin, il y a un autre problème, paradoxal. La préoccupation sur la prévention du risque de harcèlement est un avantage mais aussi un inconvénient... Car avec le handicap psychique, tout responsable, manager ou dirigeant, aborde un sujet qui pourrait le mettre en cause si les choses se passaient mal.

Le sujet sensible de la communication

Si l'on peut voir des campagnes d'information au niveau national, très peu d'entreprises traitent en France du handicap psychique, montrent des visuels, communiquent en interne ou en externe. Ces campagnes sont rares et difficiles. On peut les faire en interne pour sensibiliser son personnel, mais il est

plus compliqué de se lancer dans des visuels et une communication externe. Car comment illustrer le handicap psychique ? Aujourd'hui, les entreprises montreront une femme, une personne en fauteuil, une personne noire, et une personne âgée, c'est tout. Par ailleurs, dans le transport aérien, dans le secteur éducatif, etc., comment le client percevrait-il le fait que l'entreprise emploie des personnes ayant un handicap psychique ? C'est une question complexe pour les responsables du marketing.

La question difficile du handicap psychique offre l'extraordinaire opportunité d'élargir, d'approfondir le sujet de la diversité. Il est essentiel d'intégrer cette dimension dans l'entreprise et de se poser la question de la gestion des outils des ressources humaines.

www.observatoiredesdiscriminations.fr

Les coûts des problèmes de santé mentale dans l'entreprise : du visible à l'invisible

Au-delà des questions relationnelles et sociales que posent les troubles psychiques, ils représentent un enjeu économique fort pour les organisations.

Les problèmes posés par la non prise en compte de la santé mentale et la faible prévention sur les troubles psychiques comptent pour une part non négligeable dans l'économie de l'organisation. Ce poids financier semble par ailleurs alourdi par des coûts cachés qui vont peser sur l'entreprise à plus ou moins long terme.

Quels sont les coûts directs et indirects générés par les problèmes de santé mentale ? Quel est l'impact économique d'une mauvaise santé mentale des salariés dans une entreprise ?



La parole à ...

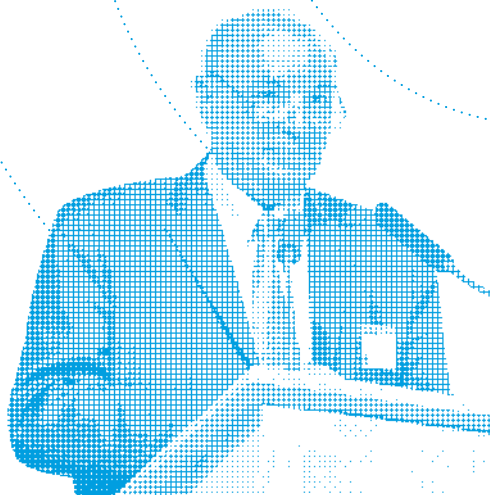
Un membre du Club
Entreprises & Handicap



Jean-Paul Bailly

PRÉSIDENT DU GROUPE LA POSTE

Depuis 2002, il est Président du groupe La Poste. Depuis 2006, il est également Président du conseil de surveillance de La Banque Postale. Diplômé de l'École Polytechnique et du MIT, membre du Conseil Économique, Social et Environnemental depuis 1995, il est Officier de la Légion d'Honneur et de l'Ordre National du Mérite. Il est depuis 2008 membre du Conseil d'administration de GDF-Suez et de celui de la Fondation du Collège de France.



Je voudrais féliciter Marie-Anne Montchamp pour son action et son engagement à la tête de l'Agence Entreprises & Handicap, dont je fais partie. Je vais vous lire les trois lignes du Manifeste de l'Agence qui sont selon moi les plus importantes et qui représentent un vrai engagement, un vrai défi :

Nous, chefs d'entreprises et représentants du monde institutionnel, sommes convaincus que le travail des personnes handicapées est un facteur de réussite pour notre société.

J'ai fait en sorte que La Poste soit engagée dans ce domaine. Le handicap psychique est depuis quelques années reconnu par la loi, ce qui est déjà un progrès essentiel. Il est depuis toujours une réalité dans les entreprises. Toutes ont en leur sein des personnes qui en souffrent, et des entourages professionnels qui sont souvent bien en peine de gérer correctement la relation. Au sein du groupe que je dirige, chaque postier peut à tout moment de sa carrière être lui-même touché, ou être confronté à un collègue, un supérieur hiérarchique qui peut avoir des troubles psychiques, et les conséquences sont nombreuses : plus d'absentéisme, un fonctionnement plus complexe des équipes, des missions accomplies pas forcément dans les délais, et au final, une performance collective souvent perçue comme moindre. De plus, face à une personne handicapée psychique dont la situation n'est pas stabilisée, les managers sont souvent désarmés. Si les actions à mettre en œuvre pour les handicaps sensoriels et moteurs sont de mieux en mieux connues, ce n'est pas le cas pour le handicap psychique, qui nécessite davantage d'accompagnement humain et dont la prise en considération par l'entreprise est complexe.

Le handicap psychique est une réalité. On peut tenter de l'ignorer ou non. À La Poste, où nous avons mis au cœur de notre stratégie **le développement responsable** - concept qui agrège développement durable et responsabilité sociale des entreprises -, nous avons fait le choix de ne pas l'ignorer.

Le développement durable est tourné vers l'environnement. Le développement responsable est une idée que nous avons mise au point et qui est devenue le fil directeur de la stratégie de La Poste. C'est plus qu'une condition, c'est plus qu'une règle du jeu ou de comportement. Tout ce qui se passe aujourd'hui dans le monde économique, la crise financière, m'amène à penser que le développement responsable est la vraie finalité de l'entreprise : développement économique avec ce qu'il faut de croissance pour créer des emplois, mais aussi développement de toutes les parties prenantes - les salariés, les différents partenaires, les fournisseurs et sous-traitants, le développement des territoires sur lesquels on intervient... Le développement responsable définit le rôle fondamental d'une entreprise.

Notre développement se fonde aussi sur la considération des personnes. Le développement responsable est un levier majeur pour la création de

confiance. Il nourrit la performance. Nous avons un plan stratégique appelé « **confiance et performance** ». La performance génère de la confiance et la confiance génère de la performance. Voyez les milieux scolaire ou sportif !

S'agissant des troubles psychiques, il est indispensable d'en avoir une meilleure connaissance, et de pouvoir faire une meilleure **objectivation des coûts** directs et indirects. Dans une entreprise, ce qui ne se mesure pas bien ne se pilote pas bien. C'est vrai pour tout. Le handicap psychique est un sujet où la mesure est particulièrement difficile. Pour mobiliser les équipes et les managers sur ces enjeux, il faut progresser en matière d'identification et de valorisation des coûts, visibles ou invisibles. Coûts de la reconversion, de l'absentéisme, mais aussi coûts moins visibles, comme par exemple la fragilisation des équipes. Ces coûts sont à mettre en relation avec les coûts hors entreprise.

Dans ce domaine, les entreprises n'ont évidemment pas toutes les solutions, loin de là. C'est en s'impliquant dans des structures comme l'Agence Entreprises & Handicap, ou en participant à des colloques comme celui-ci, qu'on peut commencer à progresser. La Poste a déjà beaucoup travaillé sur la question du handicap psychique. Nous commençons à être un peu armés pour aborder ce sujet d'une extrême sensibilité.

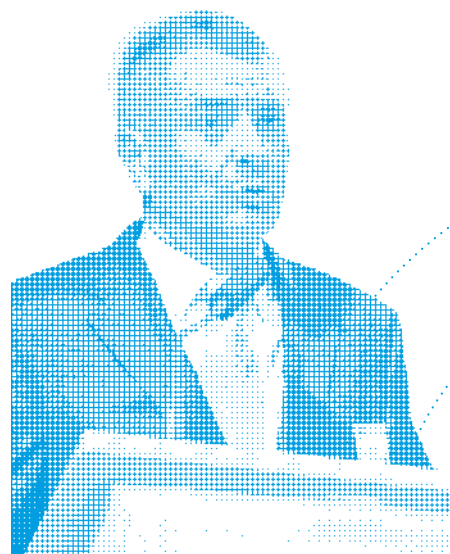
www.laposte.fr

Des coûts directs aux coûts indirects : analyse stratégique

Gérard Taponat

DIRECTEUR DES RELATIONS SOCIALES DE MANPOWER

Directeur des Relations Sociales de Manpower, il est également professeur associé à l'Université Paris-Dauphine dans le domaine des Ressources Humaines et des Relations Sociales. Il dirige et anime le Master Négociations et Relations Sociales. Il intervient également comme consultant en stratégie sociale auprès d'entreprises et d'institutions.



Pourquoi l'entreprise s'intéresse-t-elle à ces questions du handicap psychique, avec un regard nouveau par rapport aux autres formes de handicap ? Parce qu'en premier lieu, la notion de ressources humaines – que j'appelle plus volontiers « richesses humaines » – suppose aujourd'hui dans nos approches sociétales de ne plus être seulement *gérant* des RH, mais également *garant* des RH.

En second lieu, l'entreprise s'intéresse à ces questions parce qu'elle rejoint le mouvement de fond de nos sociétés, dans lesquelles elle est dotée d'une véritable mission sociétale. L'entreprise est en charge, comme tout corps intermédiaire, des questions politiques, éducatives, sociales. Elle est sollicitée pour mettre la main à la poche, pour intégrer des populations particulières, pour préserver la santé et le bien être...

L'entreprise est devenue en France un acteur politique, au sens premier du terme. C'est pourquoi elle est conduite à réfléchir différemment aux questions de la santé au travail. Elle y est également invitée par la gestion raisonnée de ses effectifs, où l'effort porte désormais sur une base toujours moins nombreuse.

Retrouver le sens de l'organisation

La question de la santé se pose avant l'entrée dans l'entreprise (pré-recrutement concernant le handicap) et après l'entreprise. Qu'il s'agisse de handicap ou de gestion des seniors, par exemple, l'entreprise est de plus en plus appréciée pour le soin qu'elle prend de ses salariés. Ce soin n'est plus seulement physiologique, mais il touche un domaine inexploré jusqu'alors dans l'entreprise : celui de la dimension psychologique. La crise économique amplifie le phénomène, dans sa remise en cause de repères stables, qui assuraient un cadre psychologique sécurisant.

En regardant de près la situation du handicap psychique en entreprise, je constate que l'organisation n'est pas le monstre froid que l'on nous présente souvent, mais qu'elle est un organisme vivant. *Organisation* possède la même racine qu'*organe* et *organisme*, c'est-à-dire la vie. Dans le rapport entre l'organisation et la « rassurance » mentale, il ne faut surtout pas considérer la première comme un organigramme mais plutôt comme un ordinogramme, c'est-à-dire offrant une place pour chaque salarié ordonnée vers les missions de l'entreprise. L'organisation peut être aussi bien un lieu d'intégration que de stress. À cet égard, j'ai remarqué que lors des plans sociaux, la question de la santé émerge à l'occasion du bouleversement qu'ils suscitent. Lorsqu'une certaine organisation du travail, héritée de savantes constructions et équilibres, disparaît, tout ce qui était caché, enfoui, dans chaque personne, surgit alors brutalement.

Retrouvons le sens de l'organisation – dans lequel d'ailleurs il n'y a pas d'organisation modèle – pour assurer les équilibres psychologiques individuels et

collectifs. C'est la même chose pour la performance. Pourquoi, au-delà des compétences, observe-t-on que telle agence est compétitive et que celle d'à côté ne l'est pas ; que tel site est plus efficace qu'un autre ? Ce qui fait la différence, ce sont les hommes et les femmes qui constituent cette agence ; à la fois en raison de leurs compétences respectives mais également par les équilibres psychologiques qui s'y sont établis.

Le coût de la santé mentale

La mission du DRH, ce n'est pas seulement d'atteindre des objectifs opérationnels ou économiques, mais d'assurer une cohésion sociale dont la santé psychologique, collective et individuelle, est partie prenante. Les entreprises ont pris le temps de la réflexion pour gérer la question du stress au travail. Aujourd'hui, nous sommes dans la même situation pour la question de la santé mentale. Le parcours tout au long de la vie – que l'on aborde dans la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences –, c'est également le parcours de santé. Le suivi des salariés implique de prendre soin, de gérer des compétences et le capital santé. C'est un positionnement d'humilité, car les résultats ne sont pas toujours immédiats ni perceptibles.

La santé mentale a bien évidemment des conséquences économiques. Certains critères sont mesurables, comme l'absentéisme souvent mis en avant. Mais il y a aussi la baisse de performance, le présentisme absent, la fragilité passagère, le cloisonnement relationnel... On sait constater et mesurer la dégradation dans les résultats du service, dans l'ambiance, dans la production, mais on hésite à aborder la question des causes. On range d'ailleurs souvent ces motifs au compte de l'individualisme. Je ne suis pas d'accord avec cette vision réductrice car nous avons affaire à la personne. Si nous voulons mener une étude sérieuse sur la question de la santé mentale, du bien-être au travail, il faut partir des personnes. Les outils de l'entreprise (entretiens, performances...) peuvent être source de troubles, mais également de confiance en soi et dans la communauté de travail. Dans le bouleversement de la gestion des ressources humaines de ces dernières années, qui part de l'individu vers le collectif, est apparue la nécessité d'introduire la règle du « je » (pouvoir exprimer sans conséquences : « je décroche » ; « je suis en difficulté » ; « j'ai besoin d'aide »...).

C'est une approche de la performance – de même que le développement durable du salarié –, qui passe naturellement et nécessairement par la santé. L'entreprise ne peut pas faire moins que la société, et comme dans le domaine du handicap, l'entreprise fait souvent bien mieux que la société en général.

Accompagner le changement

La ressource humaine est de plus en plus capitale. L'idée qu'on est de moins en moins humain est fausse : là où l'usine de 200 salariés hier n'en fait plus que 120 aujourd'hui, l'entreprise veille aux salariés comme à la prunelle de ses yeux. Cette optimisation des effectifs a un effet sur la ressource humaine.

Nous vivons des changements organisationnels majeurs dans les entreprises. La question centrale est bien celle de l'adaptation au changement. Le premier service que rend l'entreprise en termes de santé mentale, c'est d'accompagner au changement chaque salarié selon ses besoins. Si le changement professionnel se cumule avec un changement familial, personnel, de santé non maîtrisé, la situation devient extrêmement complexe.

La santé mentale concerne donc l'organisation, la stratégie d'entreprise, le projet d'entreprise. Le choix de l'organisation est pertinent. Le management stratégique de demain implique de concilier l'humain avec l'économie en travaillant sur la reconnaissance, sur l'attention et sur l'écoute. Je mesure tout ce que ceci signifie pour le monde professionnel.

Le coût de la santé mentale mérite également des évaluations quantitatives. Nous entamons un long chemin sur ces questions. J'espère que dans quelques années nous aurons mesuré l'importance de nos choix managériaux pour la cohésion collective et individuelle des salariés.

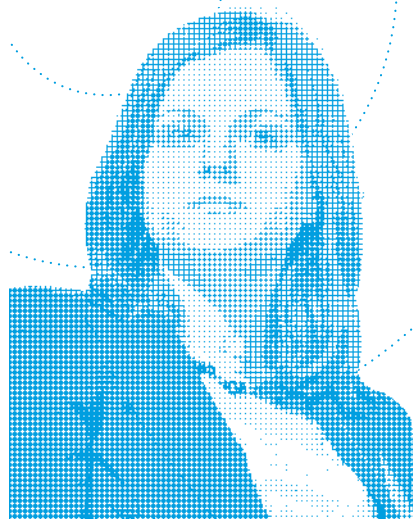
www.manpower.fr

L'évaluation du coût de la santé mentale dans l'entreprise

Dr Aurélie Bourmaud

MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE, HÔPITAL HENRI MONDOR

Médecin de santé publique, elle travaille à l'Unité de Recherche Clinique en Économie de la Santé Ile-de-France depuis octobre 2008 sous la responsabilité conjointe du Docteur Karine Chevreul et du Professeur Isabelle Durand-Zaleski.



Les informations disponibles sur le fardeau et le coût de la pathologie mentale en France sont parcellaires et concernent surtout le secteur sanitaire. En collaboration avec l'Urc Eco Ile-de-France et l'Irdes, nous avons décidé de réaliser une étude de coût de la maladie mentale en France, car il nous semble important de faire un état des lieux global pour aider nos décideurs à faire des choix politiques.

Pour cette étude, nous avons pris en compte tous les troubles mentaux - psychotiques, névrotiques, de l'humeur ou l'addiction - et circonscrit quatre champs :

- les coûts de la prise en charge sanitaire ;
- les coûts pour le système social et médico-social (versement d'allocations) ;
- les coûts de la perte de productivité (pour les malades et pour les aidants) ;
- les coûts de la perte de qualité de vie.

Il est important de prendre en compte les coûts de la santé mentale au travail. Un individu souffrant de maladie mentale est plus souvent en arrêt maladie et a plus de mal à tenir un poste qu'un autre. Il y a deux sources de coûts : d'une part le coût induit par l'absence de production de l'individu qui ne travaille pas à cause de sa maladie, d'autre part le coût pour la société et l'assurance sociale (compensation de l'absence de revenu).

Évaluer le coût de l'absentéisme

En ce qui concerne la perte de productivité, on distingue :

- l'absentéisme : l'individu est absent physiquement au travail ;
- le présentéisme : il est présent mais sa performance est altérée à cause de sa maladie.

Dans cette étude, seuls les coûts de l'absentéisme ont été comptabilisés. On identifie plusieurs causes à cet absentéisme :

- la personne est au chômage à cause de sa maladie ;
- elle est en invalidité ;
- elle est en arrêt-maladie ;
- elle n'a jamais pu travailler à cause de sa maladie.

Nous avons défini des méthodes de valorisation pour évaluer le coût de la non-production. Le coût de la non-production de l'employé ou de l'aidant est déterminé à partir du salaire moyen de la personne. Le coût des compensations de revenus est quant à lui calculé en fonction des dépenses de l'assurance-maladie (indemnités réelles versées).

Le coût annuel de la non-production pour la nation est égal au nombre

d'individus absents multiplié par le salaire moyen annuel. Nous avons pu approcher le chiffre du nombre d'individus absents à l'échelle nationale.

En ce qui concerne le calcul des coûts de la compensation de l'absence de revenus, nous avons attribué à la pathologie mentale une part du coût total des indemnités : le coût de la compensation par la solidarité nationale est égal au coût total des indemnités multiplié par le taux d'absentéistes pour pathologie mentale. Cette proportion attribuable à la maladie mentale a pu être identifiée à partir de cohortes représentatives de la population.

Le coût du « présentéisme »

Une des limites principales de cette méthode est que nous n'avons pris en compte que les coûts de l'absentéisme. Or il semble important de prendre en compte également les coûts du présentéisme. En France, nous n'avons pas de données sur le présentéisme, mais il a été évalué dans certains pays : d'après les recherches étrangères, le coût du présentéisme représente environ deux fois celui de l'absentéisme.

En Angleterre, une étude dont la méthodologie est semblable à la nôtre a évalué le coût de la perte de productivité due à l'absentéisme pour cause de santé mentale à 21,3 milliards d'euros en 2002-2003. Les résultats de cette étude ont montré que si on additionne aux coûts de l'absentéisme ceux du présentéisme, il faut ajouter 42 milliards d'euros. Ce qui aboutit à 64 milliards d'euros avec un coût total de cette perte de productivité représentant 55 % des coûts de la maladie mentale.

Mesurer le gain de productivité généré par la prévention

L'OMS a développé un outil d'évaluation qui n'existe pour l'instant qu'en anglais et espagnol : le World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire. Il a été utilisé par plusieurs unités de recherche étrangères pour mesurer le gain de productivité généré par l'action de prévention.

Le questionnaire présenté lors d'un essai randomisé contrôlé a permis de valoriser le gain de productivité à 2,6 heures de travail en plus par semaine, et à 1 800 livres par an et par employé. Ces résultats prennent en compte l'absentéisme et le présentéisme : on compte 2 heures d'amélioration du fait du non-absentéisme, mais aussi une amélioration du rendement de l'individu, qui correspond à 0,6 heure de travail.

Ce questionnaire a permis d'établir une valeur monétaire de l'absentéisme et du présentéisme. C'est pourquoi notre unité de recherche s'est lancée dans

la traduction du questionnaire en français. Nous sommes actuellement à la recherche d'une entreprise volontaire pour être pilote, sachant que l'étude implique un partenariat entre les ressources humaines et la médecine du travail. Cette entreprise serait la première entreprise française à pouvoir valoriser la perte de productivité liée à la maladie mentale en son sein.

Grâce à l'évaluation fournie par ce questionnaire, toutes les entreprises françaises qui se sentent concernées pourront estimer la perte de productivité liée à la maladie mentale. L'objectif est dans un premier temps de pouvoir faire un état des lieux, mais aussi et surtout, d'évaluer dans un deuxième temps les actions de prévention au sein de l'entreprise, et les retours sur investissement liés à l'amélioration de la santé sur le lieu de travail.

www.fondation-fondamental.org

La pertinence économique de la prévention, de la formation et de la recherche

TABLE RONDE

Dr Catherine Godard, MÉDECIN-CONSEIL À EDF

Médecin de Santé Publique épidémiologiste, Catherine Godard est entrée au service médical du régime Spécial de Sécurité Sociale des Industries Électriques et Gazières en 1982 où elle exerce encore aujourd'hui. Elle a réalisé des travaux d'épidémiologie descriptive sur la santé des bénéficiaires du régime, a été responsable d'un registre des cancers, de la formation continue et a été médecin coordinateur d'une campagne départementale de dépistage organisé du cancer du sein. Elle s'intéresse à la promotion de la santé et à la recherche clinique interventionnelle depuis 1996.

Pr Marion Leboyer, PSYCHIATRE À L'HÔPITAL HENRI MONDOR, ET DIRECTRICE DE FONDAMENTAL

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (1^{re} classe), Université Paris-XII, Responsable du Pôle de Psychiatrie (CHU Créteil), Groupe Hospitalier Chenevier-Mondor, elle est également directrice de l'Équipe INSERM de Psychiatrie Génétique (Institut Mondor de Recherche Biomédicales, INSERM U841), et directeur de la fondation FondaMental (RTRS Santé Mentale).

Pr Pierre-Michel Llorca, PSYCHIATRE AU CHU CLERMONT-FERRAND

Professeur de psychiatrie à l'Université d'Auvergne, il est chef du service de psychiatrie d'adultes au Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand. Il est aussi président du Comité de Protection des personnes



Sud-Est 6 et siège au sein de nombreux comités nationaux. Il est membre du conseil d'administration de l'Association française de psychiatrie biologique et membre de l'Association européenne de psychiatrie. Il est responsable de la formation continue au sein de FondaMental et directeur du département de Formation Continue au sein de la composante santé de l'Université d'Auvergne.

Comment peut-on améliorer la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs ?

Catherine Godard, MÉDECIN-CONSEIL À EDF

Je suis médecin de santé publique épidémiologique et je travaille au sein d'EDF, qui a un régime spécial de sécurité sociale. À EDF, nous avons approché ce problème et réglé l'absentéisme grâce au programme Aprand (Action de prévention des rechutes des troubles anxieux et dépressifs). Ce programme a été implanté en 2001 au sein des entreprises électriques et gazières, à l'époque essentiellement EDF et GDF.

Nous cherchions à savoir si l'on pouvait améliorer la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs. Les médecins avaient l'impression que les salariés ayant des troubles psychiques n'étaient pas complètement pris en charge.

QUELS SALARIÉS SONT CONCERNÉS PAR CE PROGRAMME ?

Il faut préciser que tous les salariés malades ou accidentés doivent se rendre à la consultation de leur médecin-conseil. On a ainsi pu constater qu'une personne sur dix souffrait de dépression, et que la moitié d'entre elles n'était pas bien prise en charge.

Le programme Aprand s'est situé dans une approche épidémiologique et de promotion de la santé. Tous les salariés étaient visés par ces objectifs. Une façon de les toucher était de le faire à la consultation des médecins-conseils. Le programme a mobilisé 21 médecins volontaires pendant un an. Il a concerné 26 000 salariés surveillés, 10 000 salariés consultants, ainsi que des visites médicales pour arrêts de travail ou accidents.

L'APPROCHE PAR CRITÈRES DIAGNOSTICS

Les troubles psychiques ciblés devaient répondre à trois critères :

- la possibilité de pouvoir faire quelque chose ;
- une définition qui soit accessible et partagée ;
- la possibilité d'établir un cadre définitoire.

Nous avons repris les définitions par critères diagnostics de l'OMS. Des questionnaires permettent d'objectiver les critères diagnostics. Cette série de critères permet de conclure à l'existence ou non d'un trouble dépressif ou phobique. Les questionnaires sont donc utilisés comme outils de détection. L'approche par critères diagnostics est accessible et rassurante. Par exemple, pour détecter un épisode dépressif, on demandera à la personne :

- si elle a en permanence depuis plus de quinze jours au moins 2 des 3 symptômes majeurs (fatigue physique intense / grande tristesse / désintérêt et perte de plaisir pour tout)
- si elle a en permanence depuis plus de quinze jours au moins 2 symptômes

parmi les symptômes mineurs (baisse de la libido / trouble de l'appétit / modification importante du sommeil / difficulté de concentration / sentiments d'auto-dépréciation, de culpabilité / idées noires / irritabilité). Ainsi, deux personnes déprimées ne présenteront pas les mêmes symptômes. Cette approche plus accessible du trouble permet de commencer à évoquer une pathologie, et d'en parler dans un langage commun avec le psychiatre qui va suivre la personne.

LES CADRES DE RÉFÉRENCES

- À partir des définitions des troubles psychiques, un questionnaire Mini a été mis en place. Une série de questions successives sont posées par un médecin, un psychologue ou une infirmière. L'utilisation régulière de ce type de questionnaires lors des consultations médicales a changé la pratique et le regard des médecins sur leurs patients et sur ce type de pathologies.
- Un autre cadre de référence est celui de la recherche clinique interventionnelle. On a cherché à détecter les troubles dépressifs dans deux centres médicaux : les centres actifs et les centres témoins. Les personnes détectées positives y ont été suivies pendant un an. Nous voulions voir si l'intervention améliorerait les pathologies par rapport à la filière témoin. Notre critère d'efficacité était la disparition au bout d'un an d'un trouble initialement détecté lors du questionnaire Mini.

LE RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL

Concrètement, le médecin-conseil fait passer au salarié le questionnaire Mini. Il lui remet les résultats. Si un trouble est diagnostiqué, il l'incite fortement à voir son médecin traitant et lui remet un dépliant sur le trouble en question. Il écrit ensuite une lettre au médecin traitant puis effectue un travail avec le réseau médico-social pour résoudre les problèmes professionnels qui peuvent être concomitants.

LES RÉSULTATS

En 2001, le programme Aprand a concerné environ 10 000 consultants. Des troubles ont été détectés pour 912 personnes, c'est-à-dire 9 % de l'ensemble. Seules 33 d'entre elles ont refusé d'être suivies. Parmi les personnes détectées :

- 1/3 ne connaissait pas sa pathologie (pas de diagnostic) ;
- 1/10 n'en avait jamais parlé à personne ;
- 1/2 souffrait d'un problème professionnel.

On a fait des analyses multidimensionnelles. Chez les femmes jeunes, 57,7 % sont guéries de leur dépression un an plus tard dans la filière témoin, et 72,2 % dans celle ayant bénéficié de l'intervention. Cette expérience montre qu'il est possible pour l'entreprise d'agir face à des troubles psychiques tels que les épisodes dépressifs ou les troubles

phobiques et paniques. Avec un cadre définitoire, et si l'on est bien conseillé par des spécialistes sur le type d'intervention à mener, on peut arriver à améliorer la prise en charge des troubles anxio-dépressifs. Des médecins ont participé à cette étude à titre personnel, et ont continué depuis à utiliser nos outils. Encadrer ce type d'action par une méthode de recherche permet de passer du stade de l'information à celui du changement de comportement.

L'approche épidémiologique est donc importante pour l'entreprise. On peut avoir le même type d'action par rapport au handicap en santé mentale. En ce qui concerne les pathologies chroniques et lourdes, les médecins qui ont participé au programme Aprand n'ont pas signalé de guérison, mais ont constaté que les personnes restaient dans une logique de maintien dans l'emploi.

www.edf.fr

Résultats

1. Probabilité d'absence de trouble dépressif, 1 an après la détection d'un premier épisode dépressif

	Sans l'action préventive	Avec l'action préventive
Femmes < 40 ans	57,7 %	72,2 %
Femmes > 40 ans	39,6 %	55,5 %
Hommes < 40 ans	77,3 %	86,6 %
Hommes > 40 ans	62,1 %	75,7 %

2. Probabilité d'absence de trouble anxieux, 1 an après la détection d'un trouble phobique ou panique

	Sans l'action préventive	Avec l'action préventive
Femmes < 40 ans	40,5 %	59,9 %
Femmes > 40 ans	30 %	48,5 %
Hommes < 40 ans	59,3 %	76,2 %
Hommes > 40 ans	47,9 %	66,8 %

Parlons à présent de la Fondation FondaMental.

Pr Marion Leboyer, PSYCHIATRE À L'HÔPITAL HENRI MONDOR,
ET DIRECTRICE DE FONDAENTAL

En évoquant les troubles psychiques, de quelles pathologies, de quelles situations parlons-nous ?

Le handicap psychique touche des malades mentaux. Ce sont des pathologies extrêmement fréquentes, coûteuses et handicapantes.

- Ces maladies concernent un Français sur quatre, un Européen sur quatre : 127 millions d'Européens.
- Elles coûtent extrêmement cher à la société et aux entreprises. Elles représentent un coût de 240 millions d'euros en Europe. En France, elles sont à la première place des dépenses d'hospitalisation, et à la deuxième place de la consommation de soins.
- Ce sont des maladies chroniques et graves. Elles sont en train d'atteindre le premier rang des causes mondiales de handicap. Le suicide est la première cause de décès chez les jeunes adultes. En France, il y a 12 000 morts par suicide par an (un mort toutes les quarante minutes).

Les maladies mentales représentent donc un coût humain et social très lourd. Il y a là un enjeu de santé publique majeur et méconnu.

Les troubles psychiques sont secondaires aux maladies mentales. Ils sont très divers : troubles de l'humeur (qui concernent 20 % de la population), troubles anxieux, schizophrénie.

Autour de ces pathologies, des personnes sont impliquées : les familles et l'entourage, les professionnels de santé, les décideurs.

La fondation FondaMental que préside Marie-Anne Montchamp a été créée par le ministère de la Recherche en 2007. Elle est innovante dans le domaine du soin et de la recherche.

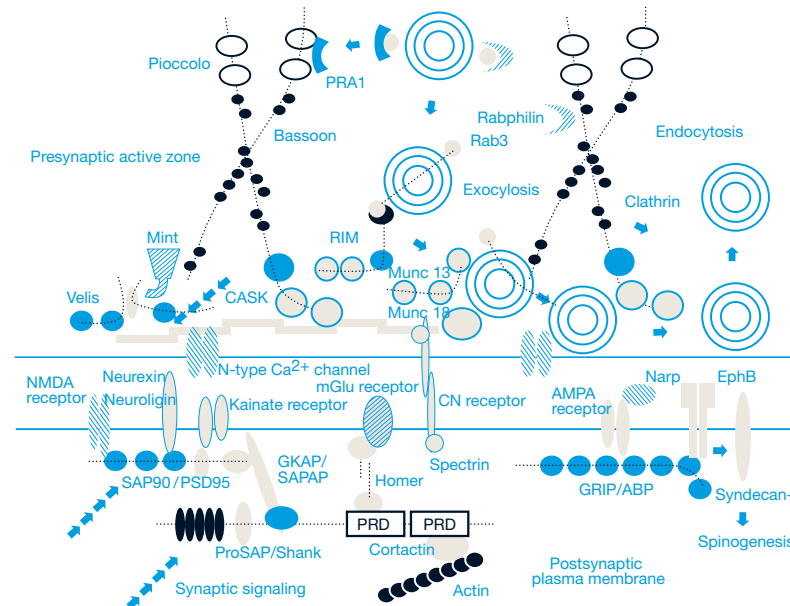
Nous avons trois credos : d'une part les troubles psychiques sont des maladies comme les autres ; d'autre part ces maladies concernent tout le monde ; enfin, comme les autres maladies, elles peuvent bénéficier des progrès de la recherche.

Les psychiatres français ont fait ces dernières années des découvertes majeures. Les résultats scientifiques obtenus récemment par les équipes de recherche françaises sont la base de la fondation FondaMental. En voici trois exemples :

- **Autisme infantile** : pendant longtemps, on a cru que l'autisme était dû à des interactions mère-bébé qui étaient déficientes. Or, nous avons identifié il y a peu de temps les premières mutations de gènes impliquées dans l'autisme infantile, qui agissent sur le système nerveux central.

Gènes de l'autisme infantile :

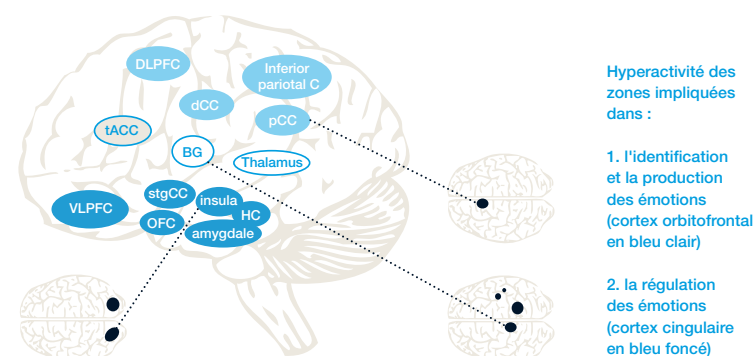
Identification des premières utilisations de gènes impliqués dans la formation de synapses



- **Maladie dépressive** : elle est caractérisée par l'hyperactivité émotionnelle. En utilisant les outils modernes de l'imagerie cérébrale, on peut visualiser le circuit d'identification et de production des émotions, et montrer que ces patients ont une hyperactivité face à la production d'émotions.

Les troubles bipolaires :

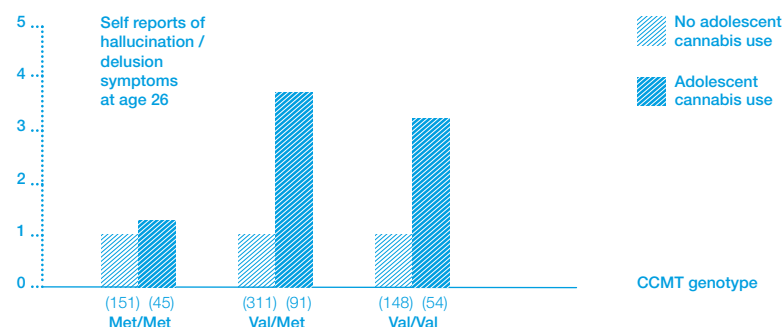
L'imagerie cérébrale permet l'identification de marqueurs. Exemple : l'hyper-réactivité émotionnelle



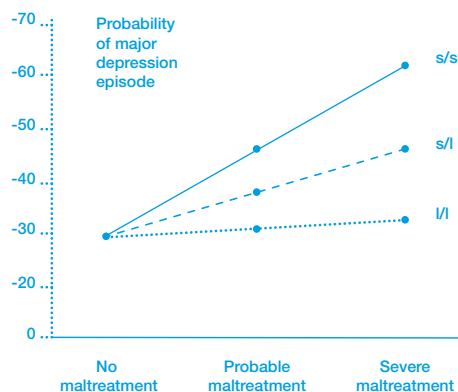
- **Interactions entre les gènes et l'environnement :** les outils modernes de la recherche permettent de montrer que nous ne sommes pas tous égaux face aux facteurs environnementaux. Les maladies psychiatriques sont des interactions entre les facteurs biologiques et environnementaux. En fonction des gènes dont on est porteur, le risque de développer des épisodes dépressifs n'est pas égal d'une personne à l'autre. On a découvert par ailleurs que les dangers provoqués par le cannabis ne sont pas les mêmes selon le terrain génétique des personnes. C'est un risque majeur que cette information ne soit pas connue du grand public, en particulier des jeunes adultes.

Interactions Gènes-Environnement :

Moderation of the effect of adolescent onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the Catechol-O-Methyltransferase Gene : Longitudinal evidence of a gene X Environment interaction



Influence of Life stress on depression : moderation by a polymorphism in the 5-HTT Gene



Ces exemples montrent que la recherche doit continuer à se développer.

La fondation FondaMental s'est donné quatre missions :

- **centres experts :** mettre en place en France un réseau innovant de

consultants spécialisés dans des centres experts, avec l'intention de développer la prévention et le dépistage de maladies psychiatriques. Autour de ces centres experts, nous avons fédéré des équipes de recherche, avec trois objectifs :

- **objectif de recherche :** nous sommes en train de terminer une des premières études mesurant l'impact médico-économique du coût de la santé mentale en France.
- **objectif de formation :** transférer les compétences des experts aux professionnels de santé mais aussi de l'entreprise.
- **objectif d'information :** nous avons vu à quel point les actions d'information sont insuffisamment développées en France.

Notre ignorance concernant les maladies mentales coûte cher à la collectivité et aux entreprises.

www.fondation-fondamental.org

La formation peut-elle contribuer à diminuer ces coûts pour l'entreprise ?

Pr Pierre-Michel Llorea, PSYCHIATRE, CHU CLERMONT-FERRAND

En tant que responsable d'un service, clinicien, je suis supposé disposer de capacités cliniques qui me permettent d'identifier des troubles psychiques. Je suis des patients, et la prise en charge au long cours passe par l'idée que la pathologie psychiatrique est liée à l'amélioration de certaines fonctions et doit se terminer par le retour dans le monde du travail. L'articulation avec le lieu de vie est extrêmement importante dans la construction du soin avec le patient.

Au-delà de la caricature qu'on peut lire dans les journaux, il y a une réalité de la maladie psychiatrique des soignants au sein des hôpitaux. Les hôpitaux ne sont pas encore des entreprises, mais ils fonctionnent sur une modalité d'organisation qui nécessite une définition des rôles de chacun, une organisation du travail, et, bien évidemment, une appréhension de ces problèmes pathologiques. Or, on se rend compte que les hôpitaux sont les endroits où les troubles psychiques sont le moins appréhendés, dans une sorte de mouvement de protection et de difficultés de prise en compte des conséquences.

Quand je veux recruter quelqu'un d'handicapé, je suis obligé moi-même de lutter contre mes préjugés. C'est à partir de ce type de constatations, très quotidiennes, qu'est née l'idée de la nécessité de pouvoir avoir des actions au sein de l'entreprise par rapport à ces problématiques.

Prenons un exemple. On peut considérer que le tabagisme est une addiction qui entre dans le cadre des maladies psychiatriques. 60 % des personnes concernées peuvent arrêter de fumer par des moyens simples, comme quand on a une infection bénigne. Mais dans 40 % des cas, c'est une authentique addiction, et quand la norme sociale change comme dans notre pays, ces personnes peuvent être stigmatisées comme n'ayant pas de volonté. Alors que s'ils ne parviennent pas à arrêter de fumer, c'est qu'ils sont victimes d'addiction. Cette problématique du tabac nous a conduits à proposer des formations et sevrages *in situ* dans les entreprises, ce que nous permettait le cadre légal. Une addiction, il ne suffit pas de dire qu'elle n'existe pas pour qu'elle disparaisse. Le type d'intervention que nous avons construit prend en compte les préjugés et définit une action.

En Auvergne, on a pu évaluer, à travers les discussions avec tous les partenaires, la complexité de la mise en place de ce type d'action dans les entreprises. Mais ce sont des interventions de ce type qui nous permettent d'approcher ces problématiques-là.

Nous avons ensuite mis au point un autre type d'intervention sous l'égide de la Fondation FondaMental, cette fois-ci concernant le **suicide**. Le suicide, ce n'est pas une décision philosophique simple. Dans l'état actuel de nos connaissances, il relève d'une crise, associée à une maladie. C'est un drame individuel. Le suicide peut avoir lieu en entreprise dans de multiples cas de figure, tous différents les uns des autres. On peut parler de stress au travail, de problèmes individuels, etc. Mais le suicide est toujours un drame. Il laisse une culpabilité intense à l'environnement, et cela justifie qu'on s'en préoccupe.

Nous avons élaboré une stratégie basée sur différents aspects. D'abord, l'information ne suffit pas. Les représentations, les préjugés ont des déterminants complexes. Notre stratégie est donc passée par un temps d'évaluation des représentations qui existent autour du suicide.

Nous avons ensuite développé au sein d'une entreprise une stratégie de formation des personnes identifiées comme référentes. Nous avons fourni un niveau de formation destiné à donner à ces personnes des connaissances sur la réalité du suicide, sur des éléments à identifier par rapport à des réactions vis-à-vis de l'environnement. On sait qu'il y a des signes d'alerte, souvent identifiés par l'environnement, mais pas de façon spécifique et qui ne produisent pas forcément une intervention. Ces formateurs ont pour mission de diffuser une information adaptée dans l'entreprise, et de définir avec l'ensemble des partenaires des modalités de réactions face à des situations identifiées comme des situations de crise, dans une sorte de positionnement de santé communautaire. L'idée est de favoriser cette action de prévention et d'intervention très précoce.

Donc formation, information. Nous avons mis en place des indicateurs, dont on ne peut pas donner pour l'instant les résultats. C'est un gros travail, sur

mesure, que l'on a proposé à une entreprise partenaire de la Fondation. Cela fait partie de ce que l'on peut proposer aux partenaires voulant s'engager avec nous dans la voie de cette augmentation de la connaissance et de la lutte contre les stigmatisations.

Nous avons également développé une stratégie de formation autour de la consommation de **cannabis**, qui est assez complexe. Le cannabis devient la norme sociale dans certaines tranches d'âge plutôt que l'inverse. 59 % des garçons de 18 ans consomment du cannabis. Donc cela ne concerne plus une minorité et peut poser un certain nombre de problèmes, quand l'on sait que la consommation et la régularité de la consommation de cannabis augmentent la survenue de troubles psychiatriques. Quelles en sont les conséquences ? Quel type d'intervention mener ? Nous sommes en train d'y réfléchir.

www.fondation-fondamental.org

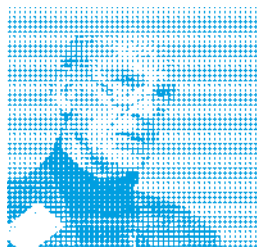
Conclusion(s)

Guy Baillon

PSYCHIATRE DES HÔPITAUX

Marie-Anne Montchamp

PRÉSIDENTE DE L'AGENCE ENTREPRISES & HANDICAP



Guy Baillon

PSYCHIATRE DES HÔPITAUX

Psychiatre, Guy Baillon a notamment été médecin-chef de secteur de 1969 à 2000 au sein de l'hôpital de Ville-Evrard puis praticien hospitalier jusqu'en 2002. Membre de nombreuses commissions (Demay, Maladies Mentales, Cléry-Melin), il est également fondateur et président en exercice de l'association Iris. Il a publié en 2009 un ouvrage intitulé *Les Usagers au secours de la psychiatrie. La Parole retrouvée* (Érès).

Le contexte de la journée

Ce colloque était un réel défi. La difficulté avait été pressentie d'emblée par Madame Marie-Anne Montchamp qui avait souligné lors des séances préparatoires son choix d'avancer dans une recherche de connaissance en affirmant que le terrain était neuf, et qu'il fallait le défricher ensemble. Il fallait du courage et de la témérité pour oser dire que les certitudes n'existaient pas.

Cela voulait bien dire qu'en ce domaine les savoirs établis sont insuffisants, d'où l'intérêt des regards multiples ici rassemblés. Le terrain n'étant pas balisé, il n'y aurait pas de tri préalable, les témoins convoqués allaient donc venir à la barre sans s'appuyer sur des certitudes, ni des savoirs, mais plutôt sur des expériences ; de ce fait serait privilégié ce qui est

partagé par tous, avec des niveaux d'intensité différents, « l'engagement humain » de chacun devenait clairement la base de la réflexion.

En effet, quand nous nous interrogeons sur la difficulté que les personnes en situation de handicap psychique rencontrent dans l'emploi et sur la difficulté qu'ont les entreprises à intégrer de telles personnes, nous parlons de l'humain.

C'était inviter chacun des intervenants de ce colloque à se situer à la fois dans son propre parcours professionnel autour de cette question, mais aussi dans son propre parcours de vie, c'est-à-dire à l'intersection de sa responsabilité sociale et de sa place d'homme dans notre société. Responsables d'écoles prestigieuses (Sciences Po, HEC), d'institutions renommées (Fondation de France, AGEFIPH), responsables de grandes entreprises (IBM, Thalès, La Poste, EDF, Manpower, Géoservices), professionnels variés, chefs d'entreprises, DRH, sociologues, médecins, psychiatres, acteurs sociaux, association d'usagers de la santé mentale... 30 orateurs se sont succédé face à une salle dont la diversité était plus grande encore : membres d'entreprises et de divers services et associations, familles, usagers, acteurs sociaux. Véritable défi convoquant en priorité l'expression de la part humaine chez chacun.

Tout au long du colloque, les deux concepts de trouble et de handicap psychiques ont été abordés de façon variable. Cette diversité a permis une liberté et une respiration pour chacun tout au long de la journée. Chacun peut à présent se forger son opinion et envisager de quelle façon notre société peut s'emparer de ces questions pour faire avancer des réponses.

Si le thème choisi était classique, « l'entreprise face aux troubles psychiques », le contexte est tout à fait nouveau depuis la loi sur l'égalité des chances du 11 février 2005. En effet celle-ci a « choisi », parmi les troubles psychiques, ceux qui sont graves, pour les reconnaître comme donnant droit à des prestations de compensation différentes et supplémentaires. Pour la première fois la loi reconnaît, aux côtés des causes physiques, sensorielles, mentales, l'existence de « causes psychiques » aux handicaps, causes ne s'accompagnant pas de déficit intellectuel, ce qui les distingue des causes « mentales » et cognitives s'accompagnant de ce déficit. Certes, la loi ne nomme pas le « handicap psychique », mais elle reconnaît les droits à compensation aux « personnes en situation de handicap psychique » puisque présentant les conséquences sociales de ces troubles psychiques graves, entravant leur vie quotidienne.

Il y a donc bien un « changement » dans la politique, et ce qui fut remarquable dans cette journée, c'est qu'elle a d'emblée exprimé une résistance à ce changement autour de deux sortes d'arguments :

- Les uns provenaient d'acteurs du champ social ayant participé à la mobilisation pour faire reconnaître ces droits et concluant paradoxalement que, puisqu'eux-mêmes en parlaient déjà auparavant, cela n'était pas nouveau. Il semble que la reconnaissance sociale d'un fait jusqu'alors connu, mais masqué, provoque une confusion qui entraîne le déni de l'importance de son impact.
- Les autres provenaient des initiateurs de cette journée craignant la connotation toujours péjorative de la donnée «psychiatrique» dans notre société, et tout particulièrement dans le milieu de l'emploi axé sur la productivité. Ils ont voulu l'éviter et ont opté pour la solution consistant à choisir un mode d'entrée plus «banal» ayant l'avantage d'effrayer moins, celui des «troubles psychiques» (sous entendus «mineurs»), tout en soulignant discrètement qu'ils avaient toujours été attentifs à la totalité des troubles et n'étaient donc pas pris au dépourvu par l'actualité (la loi évoque elle les troubles «majeurs»), laissant ainsi entendre eux aussi que rien n'était changé.

Ces résistances vont dans le sens de l'opinion courante refusant tout changement, et particulièrement tout ce qui serait accueil à une quelconque dimension psychiatrique. L'abord de ce colloque par les troubles psychiques plutôt que par le handicap psychique allait avoir un certain nombre de conséquences. En effet, la mise en évidence de la difficulté à aborder le thème du handicap psychique lui a donné un réel éclat et a fait avancer considérablement l'opinion de chacun grâce à la réflexion commune.

Grâce à Madame le Ministre Marie Anne Montchamp et aux co-acteurs de cette journée, la Fondation de France et l'AGEFIPH, une «nouvelle page de la psychiatrie a été écrite ce jour» par l'ensemble des intervenants et l'assistance. En effet, la notion de «handicap psychique» trouve sa résistance la plus serrée dans le champ même de la psychiatrie, parce que les professionnels que nous sommes ne sont pas conscients de l'évolution considérable de la psychiatrie depuis cinquante ans, ni de la partition dont elle a été l'objet depuis longtemps entre le champ des soins et celui de l'action sociale. Aujourd'hui, ces deux champs sont clairement complémentaires, au service des mêmes personnes, ayant simultanément besoin de soins et d'appui social tout au long de leur vie de façon variable.

Psychiatre chef de secteur, j'ai fait toute ma carrière dans le «93» entre l'hôpital de Ville-Évrard et les communes de Bondy et des Pavillons-sous-Bois dans une vraie continuité. Après ma retraite, j'ai fait des rencontres imprévues qui ont bouleversé mes acquis.

J'ai d'abord rencontré les familles et les usagers de la santé mentale dans le cadre de leurs associations nationales : l'Unafam pour les familles et son président Jean Canneva, la Fnapsy pour les usagers et sa présidente Claude Finkelstein. J'ai d'abord pesé à quel point la souffrance et la solitude des familles sont méconnues en particulier par les psychiatres qui continuent souvent à éviter les familles, au lieu de percevoir que l'alliance avec elles est la base du soin et l'axe essentiel de l'appui social.

J'ai plus encore compris à quel point la parole des patients-usagers était dévalorisée, évitée en dehors des soins, alors que l'écoute «citoyenne» de cette parole est une richesse pour l'ensemble de la société ; le danger que courent aujourd'hui les patients-usagers est double, c'est non seulement celui de la dépendance aggravée (car renforcée dans le soin), mais aussi celui de leur vulnérabilité et des réactions qu'elle provoque : appétit de maîtrise, ou peur.

Ces deux associations ont décidé de s'allier pour toutes leurs discussions avec l'État afin de faire reconnaître l'existence des «personnes en situation de handicap psychique» (la loi de 1975, sans les nommer, leur donnait certes accès à l'allocation, mais ne proposait aucune réponse adaptée à leur vulnérabilité sociale).

J'ai aussi eu la chance de participer au jury de thèse de sociologie de Claire Le Roy-Hatala au CNAM¹. Au cours d'une longue enquête de trois ans dans cinq grandes entreprises françaises, cette dernière a suivi des personnes en grande souffrance psychique. Elle a noté comment ces entreprises réagissaient certes en fonction de leur propre politique sociale, mais aussi en fonction des rapports humains qui s'installaient lors du retour au travail de personnes ayant présenté des troubles psychiques, cause de leur arrêt de travail, et de leur situation de handicap psychique. Elle a mis en évidence l'effet du «regard» des collègues de travail sur l'évolution de ces personnes : le seul fait que des collègues les aient connues avant leur arrêt constituait une garantie pour leur permettre de retrouver une place dans leur entreprise, car elle écartait la stigmatisation qui habituellement accompagne cette qualification psychiatrique et évoque la folie. Dans certaines situations, le regard enferme l'autre dans un rejet qui l'immobilise, ici le regard consolide l'autre dans son être, il lui reconnaît un espace pour se développer parce qu'il l'accueille.

Claire Le Roy-Hatala a fait une autre découverte très importante : le constat que les **réponses** données devant les «ruptures» que présentent des personnes en situation de handicap psychique dans leur emploi **ne sont pas spécifiques à tel ou tel trouble**, elles sont les mêmes pour tous. De plus elles sont toujours constituées de deux volets :

- d'une part la nécessité de «prendre du temps» devant chaque difficulté survenant pour ces personnes, prendre le temps nécessaire pour se parler, pour souffler, pour se mettre «hors pression», pour évoquer

les circonstances de la rupture et ce qu'elles évoquent, « le temps **utile** est une constante » ;

- d'autre part la nécessité d'avoir pour y faire face simplement une « **attitude humaine** », avoir de l'intérêt, être disponible, être attentif, établir les conditions d'une vraie « rencontre » humaine, recevant la singularité de l'autre². Ces deux constats ont été répétés tout au long de la journée.

Un fil conducteur : commencer par ce qui fait peur

Dans cette rencontre du handicap psychique avec les entreprises, nous voyons que, comme pour le titre de ce colloque, l'écueil essentiel est la peur de la rencontre éventuelle avec la **folie**. C'est bien sa représentation qui bloque, qui empêche de penser, et que nous voulons éviter. Alors abordons-la frontalement pour préparer les autres « pages » à écrire dans les colloques à venir.

La peur de la folie est faite de deux versants. C'est d'abord cette peur indicible qui nous vient du fond des âges, peur de l'inconnu, peur de l'abîme, de l'insondable, peur du pire, et aussitôt la quasi-certitude que celui qui perd la raison va se précipiter dans cet abîme, et nous y entraîner. L'autre versant plus concret de cette peur, c'est son lien avec la peur des comportements humains qui nous paraissent les plus inquiétants et contre lesquels nous voulons nous protéger absolument : le crime et l'infini des agressions violentes, soutenus en profondeur par notre propre agressivité.

De quoi s'agit-il en fait ? La peur de l'inconnu est une attitude de base utile et fiable qui nous permet de nous préparer à toute éventualité. En revanche, l'assimilation de la folie au crime doit être désamorcée avec détermination. Certains médias jouent là un rôle exécrable, faisant le choix déterminé de nourrir ces peurs pour attirer les lecteurs et les pétrifier.

Pour tenter de modifier cette peur de la folie nous avons deux arguments :

- Des chiffres : les enquêtes successives³ montrent que les personnes présentant des troubles psychiques graves ne sont pas plus souvent auteurs de crimes que la moyenne de la population. Pour les récidives, c'est encore plus net, elles sont très inférieures. Il a été montré récemment que leurs violences ne sont pas supérieures à la moyenne. À l'inverse, ces personnes sont 17 fois plus souvent victimes de délits et d'agression que le reste de la population.
- Le point fort reste la découverte en 1800 de Pussin (gardien à Bicêtre), de sa femme Marguerite et de Pinel (médecin), qui ont constaté que les troubles psychiques les plus graves sont variables et évolutifs. Ils ont alors affirmé que « la folie totale n'existe pas », que « chez les personnes troublées existe toujours une part de raison gardée ».

Pour faire face à la stigmatisation, ces données doivent faire l'objet d'une vaste campagne pédagogique tant auprès des professionnels du psychisme que dans la population et l'entreprise.

Ce colloque a mis en exergue la difficulté à parler une **langue commune** entre nous. Les enquêtes citées ont fait référence aux « troubles psychiques », mais comme elles étaient le fruit d'échanges publics elles témoignaient en réalité des « souffrances psychiques » des personnes, et non de leur « trouble » puisque celui-ci appartient au dialogue médical. Rappelons que le diagnostic est une étape dans un échange intime entre un patient et son médecin, protégé par le secret professionnel. Il n'est donc pas possible d'en parler dans le cadre de l'entreprise. Le diagnostic en psychiatrie n'est jamais un simple « mot » comme le laissent croire les enquêtes, c'est un « processus », et celui-ci évolue, à l'intérieur d'un « processus thérapeutique » qui se déroule sur une longue durée lorsqu'il s'agit de troubles psychiques graves. Utiliser l'expression « troubles psychiques » dans ces enquêtes comporte le risque, si elles sont faites à l'embauche, d'écarter les personnes susceptibles de troubler la bonne marche de l'entreprise. Alors que poser la seule question du « handicap psychique » permet clairement à l'entreprise de se caler sur cette notion reconnue officiellement et d'agir en fonction de la législation et de la politique qu'elle a décidé de réaliser. Si les enquêtes portent sur des soi-disant « troubles psychiques » dépistés avant tout contact, comment les entreprises vont-elles pouvoir les utiliser ? N'ouvrons-nous pas la porte à l'arbitraire ?

Ces « enquêtes sociologiques » sur l'expression des souffrances psychiques d'une population donnée à un moment et dans un contexte précis parlent d'angoisse, de stress, de dépression et s'appuient à la fois sur les expressions subjectives et sur l'absentéisme associé qui en montrerait la réalité et la gravité. Mais ne faut-il pas mettre en discussion de telles conclusions ? Car ces données - « angoisse », « stress », « dépression » - ne sont pas *a priori* des « troubles psychiques » ; elles accompagnent en fait tout moment de toute vie ; on ne peut non plus les confondre avec les troubles psychiques graves, même s'ils sont parfois associés.

Au long de ce colloque, hormis l'évocation du « présentisme » (c'est-à-dire la baisse du rendement sur place), je n'ai pas entendu parler des « motivations » des acteurs et de leur évolution, ni des conflits multiples qui agitent toute entreprise, et de leurs retombées : découragement, baisse du rendement, absence réelle.

Toutes ces « attitudes » humaines ne sont pas des « troubles psychiques ». Il est vrai que la psychiatrie ne nous aide pas sur ce point. Ses classifications des maladies ne sont pas scientifiques. Certaines font des dégâts considérables, comme l'américaine DSM-IV : si vous acceptez de vous y soumettre, vous serez obligés de constater que vous faites tous partie des malades. Mais nous savons que bien des angoisses, des stress, des

dépansions sont simplement des variations de la normale, fonctions d'un nombre de facteurs innombrables. Ce sont d'excellents signaux nous informant de ce que nous vivons et dont la perception nous permet de réagir à temps par des réajustements de nos décisions et de nos actes. Ce ne sont pas des signes de maladie : ils renforcent au contraire notre capacité humaine.

Que toute entreprise veuille être attentive, d'une part à l'évolution des motivations et du désir de ses acteurs, et d'autre part aux pressions excessives et aux risques de diverses « pathologies du travail », voilà deux objectifs fondamentaux, utiles à tous. Nous n'allons pas aborder cette question fondamentale pour l'entreprise en nous appuyant sur une lecture sociologique d'éventuels troubles psychiques : ceux-ci ne surviennent que lorsque la pression a dépassé les bornes du supportable, et cela ne concerne pas les troubles psychiques graves.

Nous voyons que l'abord de notre débat par l'étude des troubles psychiques pose de vrais problèmes ; nous aurions intérêt à lui préférer la question du handicap psychique dans l'entreprise ; ceci nécessite d'avoir pu auparavant briser le tabou de la peur de la folie.

Difficultés et richesses du handicap psychique

La question la plus complexe est celle du « **déni** » des troubles et du handicap par la personne concernée. Il est à distinguer du refus ou du refoulement qui existe pour les petits troubles psychiques. Le déni de l'existence d'un trouble psychique grave est toujours présent au début de son évolution, il rend sa reconnaissance précoce très rare. Il a son origine dans la conviction délirante de la personne que la réalité est différente de ce que nous vivons. Avec l'évolution et le traitement, ce déni s'estompe, mais il peut revenir. Il explique que ces personnes ne perçoivent pas au début leurs difficultés et leurs besoins. Il montre à la fois la nécessité d'un accompagnement thérapeutique et la nécessité d'un accompagnement social.

À d'autres étapes de leur évolution, certaines de ces personnes se sentent plus au clair avec leurs difficultés et leur traitement ; mais leur attitude est variable : soit elles ne font pas les démarches pour obtenir la reconnaissance du handicap par la MDPH, soit, l'ayant fait, elles ne pensent pas utile d'obtenir un emploi réservé et de ce fait ne l'annoncent pas à l'entreprise, pensant pouvoir s'adapter sans cet appui. Comme l'ont dit plusieurs intervenants, trois situations se retrouvent dans toute entreprise :

- des personnes dans le déni mais adaptées ;
- des personnes étant reconnues comme en situation de handicap psychique mais ne le faisant pas savoir ;

- des personnes reconnues comme telles et le disant au médecin du travail.

Que peut-on en déduire ? Il n'y a aucune obligation pour l'entreprise de connaître un handicap, ni pour la personne de le dire. C'est la liberté de la personne.

Une autre notion riche d'enseignements et porteuse d'espoir a été énoncée par quelques intervenants : **le handicap psychique n'est pas une donnée figée pesant sur le psychisme d'une personne**. Il est le produit de deux facteurs distincts, comme l'a très bien démontré le canadien Patrick Fougeyrollas :

- d'une part le dysfonctionnement psychique interne de la personne ;
- d'autre part le fonctionnement de l'entourage relationnel et social de la personne.

Comme ces deux facteurs se modifient chacun par eux-mêmes et interagissent entre eux, on est amené à parler des handicaps psychiques comme étant de véritables « **processus** ». Parler de « processus de production d'un handicap » apporte un très grand espoir : l'environnement d'une personne ayant des troubles psychiques évolue considérablement et fait évoluer le handicap psychique. Ceci ne doit pas culpabiliser les entreprises, mais au contraire leur montrer que des attitudes intelligentes, créatrices et généreuses sont susceptibles d'améliorer le fonctionnement des uns et des autres.

Les représentants des entreprises savent par expérience que les personnes présentant un handicap psychique ne sont pas seulement porteuses de « manques », mais aussi de « compétences ». Parfois des manques deviennent, dans un certain contexte, des comportements très utiles : ainsi une attitude obsessionnelle peut être un avantage dans des ateliers très précis où l'ordre est la qualité majeure. Nous avons bien perçu là les avantages des **évaluations** qui couvrent non seulement les manques mais aussi les ressources cachées, celles-ci devenant des avantages. Cependant, les évaluations répétées et approfondies peuvent être ressenties comme intrusives et mal vécues. Ces évaluations ont donc des limites et il faudrait faire régulièrement une « évaluation des évaluations ».

On sait qu'une telle évaluation « positive » manque trop souvent dans le champ médical.

Il faut approfondir les capacités des entreprises à savoir accueillir les personnes en situation de handicap psychique : il a été dit qu'il était question d'associer la compréhension de la complexité de l'humain avec le « bon sens ». Les deux facteurs majeurs de cet accueil ont été rappelés à plusieurs reprises :

- **le temps** suffisant
- **la dimension humaine**

Il a été rappelé également que la situation de handicap psychique entraîne toujours plus ou moins des «troubles physiques» en raison d'une attention insuffisante de la personne à l'égard de son corps. Toutes ces remarques sont très riches d'enseignement.

Les formes de l'**accompagnement** ont été évoquées par de nombreux intervenants. On connaît la tendance fâcheuse de la médecine à se lancer sans fin dans des super-spécialisations. Le danger de la spécialisation existe aussi dans le champ du handicap psychique, mais comme celui-ci a toujours la même figure «sociale» quel que soit le trouble psychique originaire (rupture relationnelle, retrait, comportement inadapté voire bizarre, et absentéisme), les réponses sont les mêmes : temps suffisant et attitude humaine, qui sont des attitudes de base dans toute rencontre humaine. C'est pourquoi il n'est pas recommandé de désigner des spécialistes dans l'accueil du handicap dans une entreprise (la volonté de se spécialiser signe le retour de la peur de la folie, le tabou doit être à nouveau brisé), d'autant que, comme le processus produisant le handicap évolue en fonction de l'environnement, le risque de désigner des personnels spécialisés serait de «figer» ce processus, de le scléroser !

Le troisième facteur positif pour l'accueil du handicap psychique, après le temps et l'humain, est le caractère de proximité de cet accompagnement. C'est dans la **proximité** que l'anonymat s'estompe et que l'humain renaît. Enfin une autre position majeure a été d'affirmer la nécessité de «savoir inventer, savoir **être créatif**, être simple» dans tous ces accompagnements, sans jamais se donner comme objectif la recherche d'une attitude systématique. Les propositions d'attitudes systématiques écartant toute créativité.

La question de l'**annonce du handicap** psychique par la personne porteuse de handicap a été abordée. Dans une grande entreprise, la personne s'adresse au médecin du travail. Dans une entreprise moyenne ou petite, elle s'adresse au responsable, soit de l'entreprise, soit de l'équipe, ce qui peut justifier un accompagnement extérieur pour faciliter la mise en place de «relais». À partir de là, le rôle du DRH, de l'infirmière, du travailleur social se déroulera en fonction du contrat social intérieur à l'entreprise. Chaque entreprise doit se sentir à l'aise dans son choix d'une modalité d'accompagnement s'appuyant sur les facteurs évoqués plus haut.

On a aussi vu l'importance de favoriser la proximité et la création de «relais», sans tomber dans l'accueil collectif, qui, quoique généreux, peut vite dériver. Mais sur le plan collectif, il y a certainement un grand avantage pour toute entreprise à mener en son sein des **séances pédagogiques**, non orientées sur des personnes précises, autour de la connaissance du handicap psychique pour permettre de développer *in situ* les

quatre attitudes mises en évidence : temps suffisant, attitude humaine, proximité des liens, créativité. Les connaissances scientifiques récentes doivent pouvoir être transmises à l'instar de celles concernant les apports des relations humaines.

Ainsi a pu être apporté ici le résultat de recherches récentes sur la génétique dans le cadre «des» autismes (bien que non concernés par le sujet du colloque). Cela permet de préciser que même pour les questions les plus dures où la dimension organique paraît forte, le travail humain relationnel pour améliorer la vie quotidienne reste tout à fait essentiel ; *a fortiori* pour les situations de handicap psychique. Nous nous éloignons de l'époque des polémiques opposant les recherches, pour accéder au contraire à une période facilitant les «intégrations» des diverses sciences et la démonstration des complémentarités. Les neurophysiologistes ont démontré que notre patrimoine de neurones n'est pas limité dès la naissance, il est capable de se renouveler de multiples façons : ainsi chaque traumatisme touchant les neurones va pouvoir bénéficier de la multiplication de nouveaux liens neurologiques pour suppléer ce trauma. Plus encore il a pu être démontré que chaque événement que nous traversons (relationnel, physique, psychique) entraîne dans notre forêt cérébrale la création de nouvelles terminaisons synaptiques créant de nouveaux liens avec d'autres neurones, inscrivant ainsi de nouveaux chemins entre eux. Ceci permet de dire que notre cerveau se reconstruit constamment pour intégrer ce que la personne vient de vivre ; notre patrimoine inné et acquis est ainsi constamment modifié.

Ces découvertes rejoignent ce qu'a expliqué la psychanalyse, insistant sur la richesse des associations d'idées et de l'apport renouvelé des expériences de la vie, montrant la limite des «déterminations», qu'elles soient psychiques ou physiques.

À quelle entreprise de telles démarches pédagogiques pourraient-elles déplaire ?

En résumé

Les relais qui ont été évoqués vont pouvoir se partager entre l'intérieur et l'extérieur de l'entreprise peuvent être multiples (médecin du travail, médecin traitant, équipe de psychiatrie de secteur, relais familiaux, MDPH...) sans l'être obligatoirement. Une attitude spécifique face au handicap psychique dans l'entreprise ne saurait être systématique.

Cependant, il est un facteur de base commun qui doit être utilisé avec le plus de facilité et le plus de créativité possible : c'est le facteur temps. On retrouve cette même exigence dans le travail protégé dans les ESAT : la base du projet d'un ESAT ne peut être le temps complet ; le temps partiel est instauré pour l'ensemble de cette entreprise.

Dans le milieu ordinaire du travail, il est important de placer aussi cette exigence comme base de tout débat ; nous ne pouvons être polarisés dans la recherche désespérée du temps plein pour tous. Avec la notion de handicap psychique intervient toujours un ingrédient supplémentaire : un « besoin de temps » est à prévoir en plus. Ainsi quand cela s'avère utile pour faciliter l'intégration d'une personne en situation de handicap psychique, la proposition d'un travail à temps partiel pour une durée déterminée peut être adaptée. S'y associe l'évaluation de compétences ci-bllées, inhabituelles, qui peuvent se montrer utiles.

Une question difficile, pourtant rencontrée dans toute entreprise, n'a pas été abordée : c'est celle où apparaît à la hiérarchie, ou à l'environnement, une attitude chez la personne en situation de handicap qui semble traduire un « besoin de soin ». Ce problème survient aussi chez les personnes en situation de handicap psychique, avec souvent une difficulté particulière à le savoir et à le décider. Cette question implique le médecin du travail, avec les mêmes attitudes que pour le reste des membres de l'entreprise : le bon sens et l'humain.

Un autre aspect frappant de ce colloque a été celui de la multiplicité des positions, souvent contradictoires, qui se sont énoncées, en particulier en donnant des « sens différents aux mêmes mots », et en utilisant des modes d'approche très variés de la question.

Cette journée, selon les termes de Madame Marie-Anne Montchamp, avait pour but de ne pas vouloir partir de certitudes, mais de nous inviter à « défricher ensemble ». Grâce à ce travail commun, il va être possible de montrer qu'il y a déjà des orientations convergentes. Il n'est pas question de tarir les imaginations, au contraire. En même temps, il semble essentiel que l'on puisse se mettre d'accord sur les mots que nous utilisons tous : nous devons donner le même sens à la notion de handicap psychique, convenir que la loi est là, résolument novatrice, facteur de changements qui « dérangent tous les acteurs » ; comprendre que plus rien n'est comme avant ; nous devons distinguer clairement la question des troubles psychiques et des maladies, de celle des souffrances psychiques ; nous avons à prendre en compte les choix faits par la haute autorité pour désigner les maladies qui sont comprises dans la désignation des causes de handicap psychique, approfondir les apports des compensations ; rester attentifs aux différences entre les enquêtes d'opinion (concernant les souffrances psychiques), et les enquêtes médicales (travaux d'épidémiologie médicale).

Je souhaiterais conclure en félicitant Madame Marie-Anne Montchamp pour avoir eu l'intuition qu'il était très judicieux de suivre les propositions faites début 2005 par les Associations de familles et d'usagers pour créer les GEM : les Groupes d'Entraide Mutuelle. Dès la promulgation de la cir-

culaire en août 2005, 300 GEM ont été ouverts grâce à l'attention convergente de vos services auprès de la Fnapsy et de l'Unafam, associées à la FASM. Aujourd'hui, 330 GEM, gérés par une association à majorité d'usagers, avec les appuis de familles et de soignants, donnent l'occasion à des usagers de faire une expérience qu'aucune structure ne leur permet ; hors dépendance médicale et sociale, car hors des soins, ces personnes échangent la connaissance de leur vie entravée par leur handicap, expriment leur capacité à organiser eux-mêmes les activités qui leur conviennent. Elles font aussi l'apprentissage de la démocratie dans leur association axée sur l'entraide, et se montrent aptes ensuite à affronter la vie sociale. Elles se découvrent elles-mêmes, elles « prennent soin d'elles-mêmes » (selon le terme de Michel Foucault dans son cours au Collège de France de 1984).

Cette réalisation confirme l'espoir que la loi sur l'égalité des chances apporte à notre société avec la notion évolutive de « processus de handicap psychique ». Cela consolide l'intérêt des entreprises qui s'intéressent aux handicaps et qui y voient un facteur d'évolution, dans la mesure où les réponses données à ces personnes constituent des valeurs dont l'ensemble de l'entreprise va bénéficier : culture des compétences différentes, culture de l'humain dans les échanges, respect de l'autre, invitation à la créativité. C'est un véritable défi qui est lancé.

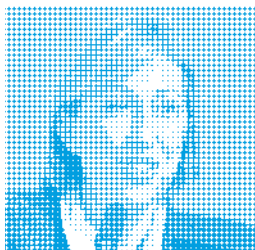
Je le répète, ce colloque a été en avance sur la psychiatrie. Je ne cultive pas la rivalité entre le champ social et la psychiatrie, au contraire, je crois à leur convergence, mais celle-ci ne se fera que si ces deux champs s'estiment mutuellement. Il est temps de s'y préparer. Pour finir, n'oublions pas que l'amour est « totalement déraisonnable » – c'est-à-dire peu productif ? Et pour inverser la proposition de Pinel et Pussin découvrant la psychiatrie, ne pouvons-nous dire : « Chez toute personne dite saine persiste une part de folie gardée ». Ne serait ce pas une chance pour chacun ?

¹ Le Roy-Hatala, C. (2007), Lorsque les troubles psychiques deviennent un handicap : le salarié et l'entreprise à l'épreuve du maintien dans l'emploi. Le cas de cinq grandes entreprises menant des politiques en faveur des travailleurs handicapés :

Air France, EDF, IBM, SNCF et Total, *Thèse de doctorat en sociologie, Cnam*.

² Guy Baillon, Les Usagers au secours de la psychiatrie. La parole retrouvée, *Érès*, 2009

³ Folie et Justice : relire Foucault, sous la direction de Ph. Chevalier et T. Greacen, *Érès*, 2009.



Marie-Anne Montchamp

PRÉSIDENTE DE L'AGENCE ENTREPRISES & HANDICAP

Si on disait, les experts et les chercheurs sont militants, les patrons sont dans l'humilité, les thérapeutes sont en formation, et les familles sont dans l'entreprise avec leurs proches. Alors, en faisant un petit pas de côté, on pourrait sans doute se dire : les personnes vont mieux. Elles

vont mieux au travail, elles sont différentes, c'est tout.

Mais alors, les politiques ? Que font-ils ? Où sont-ils ?

Les politiques sont souvent tétanisés quand ils ont le sentiment que la complexité est résistante, quand ils ont le sentiment que chacun parle de sa place, dans sa catégorie, et qu'on aura du mal à en faire la synthèse dans un discours médiatique. Ils sont tétanisés par le risque de conflit social. Du coup, ils passent à l'ombre. Il arrive que, sous le fait d'un conseiller, par exemple, des choses un peu étranges se passent.

Tout le monde se souvient du débat autour de certains articles dans la loi de la prévention de la délinquance et du soulagement qui a suivi leur retrait.

Tout le monde se souvient de la nécessité de revisiter dans le cadre d'une loi santé mentale toutes ces fractures qu'ensemble aujourd'hui nous avons dépassées.

Il va falloir que la conversation se poursuive. Que les actes militants s'enchaînent et que nous prenions le temps de faire bouger les lignes.

Nous avons identifié ces lignes aujourd'hui : celles des représentations, celles des normes de gestion, qui nous scotchent dans des pratiques bloquantes. Nous les avons identifiées en voyant comment les organisations pouvaient nommer la réponse.

Il faut revisiter également notre acceptation du contrat de travail, qui fait que la sphère privée est menacée d'être tenue à l'extérieur du cercle, au point que la personne est coupée de sa légitime histoire. Il n'y a pas une vérité dehors et une raison à l'intérieur, mais nécessité du maillage, de la reconstruction du système, et du courage. Le courage, c'est celui de ces acteurs qui fabriquent ce discours commun en faisant un pas les uns vers les autres.

Gardons en mémoire la somme de ces contributions, pour faire en sorte qu'elles innervent nos décisions de demain. Cette part de créativité dont nous avons besoin pour résoudre ces questions, nous sommes capables de la mobiliser. Il restera des choses sensibles de ce colloque, c'est là que se construira la suite. J'espère que nous pourrions avoir d'autres

occasions de mêler nos convictions pour faire avancer la question du handicap psychique en entreprise, en s'adressant à tous ceux qui portent une connaissance intime du sujet, même si les mots ne sont pas toujours là pour les nommer.

Annexes

**Postface :
le regard d'étudiants
de Sciences Po**

Définitions

Bibliographie

Postface : le regard d'étudiants de Sciences Po

Nous sommes quatre étudiants de première année de master à Sciences-Po. Nous ne nous connaissions pas avant de travailler ensemble à l'organisation du colloque. Rien ne nous prédestinait à former une équipe, nos parcours académiques, professionnels et personnels sont en effet très différents. Cependant, le sujet même du colloque a interpellé nos sensibilités. Dans « handicap psychique », le terme « handicap » avait trouvé une résonance particulière chez chacun de nous : une situation familiale, une expérience associative, une dimension sociale... En revanche, y accoler l'adjectif « psychique » n'allait pas de soi. Nous nous sommes rendu compte dès la première réunion de notre groupe que nous ne savions pas du tout de quoi il s'agissait. Non, le handicap psychique n'est pas le handicap mental. Oui, c'est une question différente de celle du stress au travail. Dès notre première réunion, en octobre 2009, Claire Le Roy-Hatala et Catherine Blanc nous ont fait prendre conscience que ce handicap à présent inscrit dans la loi de 2005, et pourtant si mal connu, méritait bien un colloque de cette ampleur.

Le 29 avril 2009, médecins du travail, psychiatres, présidents d'entreprises, ressources humaines, tous se sont accordés pour dénoncer les préjugés comme le premier écueil lorsqu'on aborde la question du handicap psychique. Ces témoignages nous ont rassurés sur notre première réaction. Dépression, schizophrénie, nous croyions en effet tous connaître ces maladies à cause d'un parent, un ami, un camarade. Mais pour nous, c'était à la médecine et à la psychiatrie de les prendre en compte. En bref, un handicapé psychique était un malade incapable d'une vie sociale normale et donc voué à une certaine forme d'exclusion. Poser la question du handicap psychique à l'entreprise nous paraissait donc plus qu'original.

Aujourd'hui, en revanche, cela nous paraît non seulement inévitable mais encore indispensable. Comment en sommes-nous arrivés là ? Tout d'abord en participant aux groupes de travail préparatoires au colloque, au cours desquels nous avons pu partager la réflexion d'experts médicaux mais aussi de professionnels de l'entreprise impliqués sur le sujet. C'est ainsi que nous avons réalisé que la question du handicap psychique dépassait largement le domaine de la psychiatrie. Environnement durable, commerce, marketing et métiers de la santé, nos projets professionnels touchent des domaines très différents. Cependant, si aujourd'hui un salarié sur quatre souffre de troubles psychiques, il est certain que nous y serons tous confrontés dans nos vies professionnelles. Comment alors éluder la question, nous qui avons l'ambition d'être les managers de demain ?

Au cours de la préparation du colloque et du colloque lui-même, nous avons compris que la personne handicapée psychique est une personne comme nous, tout à fait capable de mener une vie normale. Nous avons acquis la conviction qu'une entreprise ou une administration peut travailler avec une personne souffrant de troubles psychiques. En effet, les traitements médicaux et les programmes d'accompagnement permettent de réintégrer une personne handicapée dans un environnement social et professionnel conventionnel. Coopération et échange entre l'entreprise, les médecins et les institutions d'accompagnement sont ce qu'il faut pour que la réintégration réussisse.

Les ressources humaines, les médecins et la famille ne sont pas les seuls concernés lorsqu'une personne souffre de cette maladie. L'erreur commune, notre erreur, consiste à nier sa propre responsabilité et à déléguer la solution du problème à une autre instance. Ce que nous avons

compris, c'est que chacun de ceux qui entourent la personne handicapée joue un rôle indispensable dans l'accompagnement de la personne.

Poser à l'entreprise la question du handicap psychique n'est pas à contre-courant des évolutions actuelles, bien au contraire. En prenant aujourd'hui du recul sur le travail que nous avons réalisé cette année, ce qui nous frappe c'est certainement l'actualité du sujet. Il apparaît clairement qu'il s'agit d'une thématique incontournable dans la société moderne, une question à relier à celles de la diversité et du développement durable.

Cependant, nous voyons bien autour de nous comment est comprise la logique d'excellence professionnelle : une capacité d'adaptation constante et une résistance au stress développée. Pourtant, le chemin pour que l'excellence soit comprise différemment ne nous semble pas si long à parcourir. En partageant avec notre futur entourage professionnel ce que nous avons appris, nous espérons contribuer à ce que nous tous avançons sur ce chemin. Nous n'avons pas pour objectif de devenir des spécialistes des troubles ou du handicap psychiques, mais nous connaissons le privilège que nous avons de commencer notre vie professionnelle en étant conscients de l'enjeu crucial de la santé mentale. Ainsi, nous nous sentons la responsabilité de faire en sorte que l'entreprise de demain soit celle que les participants du colloque essaient déjà de construire aujourd'hui : un lieu qui sait protéger et valoriser ses ressources économiques et humaines.

ADRIEN DOMENGET, MASTER DÉVELOPPEMENT DURABLE

Ce colloque s'inscrit, à mon sens, dans une réflexion à plus large échelle pour notre société. Il n'y était pas question de savoir comment traiter les personnes vivant un handicap psychique. Il y était question de les intégrer plus profondément à notre société, et en particulier à ses organisations les plus exigeantes : les entreprises. Cette intégration doit se réaliser non pas parce que c'est bien, ni parce qu'il le faut mais parce que nous en avons besoin. Nous en avons besoin parce que ces pathologies se développent considérablement et qu'une attitude d'exclusion ne pourrait définitivement pas être durable. Cette intégration incombe à la responsabilité sociale des entreprises. Cette responsabilité ne renvoie pas à une culpabilité des entreprises dans l'apparition de ces pathologies, ce genre de débat ayant pour principale conséquence de geler les positions de chacun face au handicap psychique. À mon avis, cette démarche vers les personnes atteintes de handicap psychique replace les entreprises de manière active dans le contexte social qui les entoure. Les entreprises ne sont pas en charge du soin des malades, mais de leur insertion dans le milieu du travail et de l'expression du potentiel des personnes souffrant de handicap psychique. Cette vision est peut-être idéaliste, mais la préparation du colloque m'a permis de mesurer le fait que cette démarche est déjà initiée, notamment pour le handicap moteur, dans de nombreuses entreprises. Les problématiques sont certes différentes mais ce colloque ne survient qu'au début du long processus de maturation nécessaire à la prise en compte du handicap psychique. Sans nourrir le projet de travailler dans ce domaine plus tard, il apparaît évident que porter cette vision sera partie intégrante de mon parcours professionnel.

GAËLLE TURAN-PELLETIER, MASTER AFFAIRES PUBLIQUES

J'ai beaucoup appris cette année sur l'emploi des personnes handicapées par des troubles psychiques bien sûr, mais surtout sur la perception qu'en avait la société en général. Je n'ai pas choisi de m'engager à travailler sur le thème des troubles psychiques par hasard, il me semblait qu'il s'agissait d'une question centrale dans notre société et que ce serait un bon complément à ma formation axée sur les politiques de santé et de protection sociale. En fait, je ne réalisais pas que ma vision et ma sensibilité à la question n'étaient pas forcément partagées. Parce que ma mère travaille avec des enfants malades mentaux et psychiques, le handicap psychique n'était pas pour moi

une thématique originale, choquante ou inquiétante, cela me paraissait même un peu banal, important mais pas tellement novateur.

C'est certainement sur ce point que j'ai le plus évolué, je me suis rendu compte qu'oser un colloque sur le handicap psychique était ambitieux. J'ai découvert, en écoutant tous les professionnels et en expliquant autour de moi ce sur quoi je travaillais, que le handicap psychique était une thématique qui étonnait et qui inquiétait. Je sais maintenant que l'emploi des personnes handicapées psychiques est un défi.

Ce changement de perspective a été pour moi essentiel. Sans cela, je n'aurais pas été capable de communiquer sur les troubles psychiques. J'y étais sensibilisée depuis toujours et presque trop tôt convaincue pour savoir comment convaincre. J'ai appris ce qu'il fallait dire pour convaincre et pour rassurer. J'espère qu'aujourd'hui mon discours a gagné en cohérence et, qu'en plus d'être convaincue et participante, je pourrais être convaincante tout au long de ma vie professionnelle.

CHRISTINA FISCHER, MASTER MARKETING :

avant d'avoir participé au projet collectif « Organisation d'un colloque sur la santé mentale », je n'avais pas d'idée précise sur la problématique de la santé mentale. Je pensais que les dépressions ne touchaient que les domaines de la médecine et de la psychiatrie. Dans les cas que je connaissais, la réintégration dans la vie professionnelle et sociale, sans accompagnement professionnel, posait beaucoup de difficultés.

J'ai postulé pour le projet collectif par curiosité et intérêt à travailler sur un sujet sensible. J'avais pour objectif d'approfondir mes connaissances sur la matière et de partager mes réflexions et mes expériences personnelles.

Ma vision de la santé mentale a beaucoup évolué pendant la phase préparatoire et le colloque lui-même. J'ai été fascinée par l'engagement et la volonté des intervenants de contribuer au débat et à son avancement. Même s'ils exerçaient différents métiers, ils avaient une vision en commun qui donnait une cohérence à leur réunion : « partager l'expertise et les idées sur la santé mentale ».

Ce projet m'a aidée à devenir consciente de l'importance du sujet dans notre société et de la responsabilité de chacun d'entre nous. Aujourd'hui, il n'est pas possible de négliger un sujet d'une telle importance. Il existe de fausses représentations et stéréotypes par rapport aux personnes handicapées qui doivent être modifiées. Le rôle de la communication et du marketing pourrait consister à changer la perception des gens sur le handicap en général. Il faudrait modifier les fausses images et montrer que chaque personne handicapée possède le potentiel et la capacité de mener une vie comme chacun d'entre nous. Le colloque sur la santé mentale a clairement montré que la collaboration entre les médecins, les entreprises et les institutions d'accompagnement peut produire des améliorations considérables de la situation actuelle des personnes handicapées.

Grâce à ce colloque j'ai développé une certaine sensibilité par rapport à la santé mentale. J'aimerais bien travailler dans une entreprise qui partage ces valeurs et qui s'est engagée en faveur de ces politiques. C'est à nous de changer les perceptions et d'assumer ces responsabilités.

LORRAINE GÉRARD, MASTER AFFAIRES PUBLIQUES

j'ai perdu une amie en début d'année : elle s'est suicidée sur son lieu de travail quelques mois à peine après avoir été embauchée. Comme beaucoup l'ont souligné lors de ce colloque, on en vient souvent à réfléchir sur les troubles psychiques au travail à cause d'une expérience personnelle et affective forte. C'est tout à fait mon cas. J'étais loin d'imaginer qu'un salarié sur quatre était touché par ce phénomène que je ne connaissais aux personnes plus âgées, « malades », « pas normales »... Tous mes préjugés ont été bouleversés par la disparition de mon amie et par ce colloque. J'ai compris que beaucoup de gens étaient concernés mais, bonne nouvelle, que ce n'était pas irrémédiable et qu'on

pouvait trouver des solutions, notamment dans l'entreprise. J'aurai certainement à gérer des équipes dans ma carrière future et, même si je ne deviens pas une experte de la santé mentale, je n'oublierai pas ce que j'ai appris grâce à ce colloque. Si l'entreprise ne peut se substituer à l'hôpital, si le manager ne devient jamais un médecin, il existe cependant des choses à faire et j'espère que la mobilisation qui est en train de naître autour de ce thème va se poursuivre, pour que l'entreprise de demain puisse savoir répondre à cette grande question.



Définitions

Quelques définitions autour du handicap psychique

La santé mentale

La santé mentale ne consiste pas seulement en une absence de troubles mentaux. L'Organisation mondiale de la santé la définit comme un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté.

Le handicap psychique et le handicap mental

Pendant longtemps, les deux expressions ont eu le même sens. Par convention, il n'en est plus de même actuellement.

Désormais, on associe plutôt le handicap mental à une déficience intellectuelle souvent détectée très tôt, tandis que le handicap psychique n'implique pas de déficit intellectuel majeur, mais est associé, soit à des pathologies psychiatriques (maladies mentales), soit à des accidents tels qu'un traumatisme crânien.

Le handicap psychique

Le handicap est défini comme une limitation d'activité ou une restriction de participation à la vie en société.

On parle de handicap psychique à partir du moment où l'expérience de troubles psychiques ou la maladie mentale ont un retentissement sur la vie de la personne et entravent sa participation à la vie sociale.

Le handicap psychique suppose une perte d'autonomie de la personne et donc un besoin d'aide.

Le handicap est également une notion administrative qui permet de bénéficier des dispositifs d'accompagnement spécifiques.

La maladie mentale

Une maladie mentale est une affection qui se manifeste par un ensemble de troubles psychiques de façon déstabilisante et parfois envahissante.

L'intégration sociale de la personne est parfois problématique et la maladie peut générer une souffrance psychique intense.

La maladie mentale repose sur un diagnostic médical et nécessite des soins pour la personne.

Les troubles psychiques

Ce sont des troubles de santé qui relèvent de la psychiatrie, de la psychopathologie ou de la psychologie.

Ils peuvent être multiples et se manifester de façon très variable. On connaît cependant quelques grandes familles de troubles psychiques tels que par exemple :

- les troubles du comportement (agitation, timidité, agressivité...)
- les troubles de l'humeur (hypomanie, exaltation / dépression)
- les troubles de la pensée (idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées...)
- les troubles de la perception (illusions, hallucinations...)
- les troubles de la vie émotionnelle et affective (anxiété, angoisse, doutes...)
- ...

Les troubles psychiques peuvent être le symptôme d'une maladie mentale, mais pas nécessairement.

Quelques troubles psychiques

(Référence au DSM IV Diagnostic and Statistical Manual - Revision 42)

Schizophrénies et autres troubles psychotiques chroniques

Ce sont des pathologies psychiatriques d'évolution chronique, débutant généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Il ne s'agit pas de « doubles personnalités » comme on le pense parfois.

Elles ont pour conséquence des altérations de la perception de la réalité (délire), des troubles cognitifs, et des dysfonctionnements sociaux et comportementaux plus ou moins importants.

Ce qui caractérise les troubles psychotiques est la perte de contact avec la réalité de la personne qui se manifeste par des délires de différentes formes (bouffées délirantes, délires paranoïaques, hallucinations visuelles ou auditives...).

Les schizophrénies touchent 1 % de la population mondiale, sans variations notables d'un pays, d'une culture ou d'une époque à une autre.

Troubles de l'humeur

Ce sont les troubles les plus couramment observés en pratique psychiatrique et en médecine générale. On y classe :

- **Les troubles bipolaires** (autrefois appelés maladie maniaco-dépressive) : ce sont des troubles qui associent deux phases : la phase maniaque et la phase dépressive. Entre ces deux phases, la personne retrouve un état normal.
Le trouble bipolaire toucherait 1 % de la population générale.
- **Les troubles dépressifs majeurs** : ils se caractérisent par une tristesse qui est non seulement intense mais surtout associée à une douleur morale. Ils doivent être différenciés de la tristesse normale. Il s'agit d'un vécu pessimiste, d'une péjoration de l'avenir, d'un sentiment d'insatisfaction, de dévalorisation, de culpabilité, d'indignité et d'incurabilité.
Entre 5 et 15 % des Français seraient touchés par la maladie dépressive (dépression majeure), avec un sexratio de deux femmes pour un homme.

Troubles anxieux

Ils constituent un ensemble de troubles très divers qui ont en commun d'avoir une anxiété pathologique comme symptôme principal. L'anxiété n'est pas en soi pathologique.

On parle de troubles anxieux lorsque cette émotion devient envahissante et qu'elle entraîne une souffrance significative et une gêne au fonctionnement individuel.

- **Trouble panique** : c'est l'apparition brutale et inattendue d'un certain nombre de signes physiques et de pensées catastrophiques témoignant d'une peur intense.
- **Phobie spécifique** : c'est la peur persistante, excessive, intense, à caractère irrationnel, déclenchée par la présence d'un objet ou d'une situation spécifique comme prendre l'avion, être en hauteur, être en contact avec certains animaux.
- **Phobie sociale** : c'est la peur irrationnelle, persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales dans lesquelles le sujet se trouve confronté au regard d'autrui. Cette peur est justifiée par la crainte d'être humilié, ou embarrassé.
- **Trouble obsessionnel compulsif** : ce sont des pensées ou impulsions, qui s'imposent au sujet entraînant une anxiété. Le sujet y répond alors par des comportements répétitifs (comme se laver les mains, vérifier) ou acte mentaux (prier, compter, répéter les mots) qui sont destinés à neutraliser la situation redoutée.
- **Le trouble d'anxiété généralisée** : c'est une anxiété excessive durant plusieurs jours sur une période de six mois. Cette anxiété est disproportionnée par rapport à la probabilité de survenue d'un événement négatif, ou à la gravité d'un tel événement.

La fréquence des troubles anxieux serait de 15 à 25 % de la population des pays industrialisés. Le stress de la vie quotidienne ainsi que les fortes sollicitations socio-professionnelles majoreraient, selon la médecine du travail, un état anxieux latent.

Des risques associés aux troubles psychiques

Le risque suicidaire

Les personnes atteintes de troubles psychiques semblent plus exposées au risque suicidaire.

Les comportements violents

Du fait de réactions parfois inadaptées dans certaines situations habituelles de la vie, les personnes atteintes de troubles psychiques peuvent avoir des comportements violents. Cette violence s'exerce surtout envers elles-mêmes, pouvant aller jusqu'au suicide, ou sur des objets, mais très rarement vis-à-vis d'autrui.

Certaines situations ou comportements peuvent être des facteurs aggravant l'apparition de troubles :

Les situations de stress

Le stress est reconnu comme un risque « psychosocial » majeur dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail (en plus des risques physiques, biologiques et chimiques qui sont déjà reconnus).

L'Observatoire européen des risques de l'Agence Européenne de Santé et de Sécurité au Travail confirme que les importants changements survenus dans le monde du travail ces dernières décennies ont entraîné l'émergence de risques nouveaux, les risques « psychosociaux », liés notamment aux situations de stress (mais aussi aux problèmes de harcèlement ou de violences au travail).

La persistante et l'intensité d'un état de stress peuvent menacer l'intégrité physique et psychique d'une personne. Il peut entraîner une décompensation.

La prise de produits toxiques (produits psychoactifs)

Il est difficile aujourd'hui d'établir un lien de causalité direct entre la prise de produits et l'apparition de troubles psychopathologiques mais on sait que certains peuvent exacerber ou révéler de telles pathologies psychiques.

Bibliographie

Ouvrages

Reconnaissance du handicap psychique et place de la santé mentale dans la société

- Baillon, G., *Les Usagers au secours de la psychiatrie, la parole retrouvée*, Éditions Érès, Paris, 2009.
- Baptiste, R., *Reconnaître le handicap psychique. Développer et améliorer la réinsertion sociale et professionnelle*, Éditions Chronique Sociale, Lyon, 2005.
- Belaïd, A.A., Lesieur, G., *Guide pratique pour l'insertion et le maintien à l'emploi des personnes handicapées psychiques*, Éditions Octares, Toulouse, 2008.
- Chapireau, F., *Handicap psychique : confirmation ou mutation du handicap à la française ?*, Psychiatrie, Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier SAS), 37-910-A-10, Paris 2006.
- Ehrenberg, A., *La Fatigue d'être soi, Dépression et société*, Éditions Odile Jacob, Paris, 2000.
- Ehrenberg, A., Lovell, A., *La Maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Éditions Odile Jacob, Paris, 2001.
- Thomas, J.C., Hersen, M., *Handbook of mental health in the workplace*, Éditions Sage publications, Thousand Oaks, 2002.

Représentations sociales

- Bourdieu, P., *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 1982.
- Bruner, J., *Car la culture donne forme à l'esprit*, Paris, Eshel, 1991.
- Coupechoux, P., *La Déprime des opprimés. Enquête sur la souffrance psychique en France*, Paris, Seuil, 2009.
- Gore, A., « The politics of fear », *Social Research*. 71.4. 779-798, 2004.
- Jodelet, D., *Folies et représentations sociales*, Paris, PUF, 1989 (2005 : 3e édition). (Traductions en Anglais 1992, Berkeley, University of California Press ; en Portugais 2005, Petropolis, Ed Vocês, Brésil.) [Attention, cette référence est à supprimer dans le paragraphe précédent de la bibliographie]
- Jodelet, D., « À propos de représentation(s) de handicap(s) : la question du singulier ou du pluriel », in : H. Paicheler (Ed.) *L'Étude des représentations dans le champ du handicap et des inadaptations*, Paris, CTNERHI-MIRE, 1991.
- Jodelet, D., « Connaître sans savoir mais savoir prendre : un art populaire d'emprise sur la folie », in : M. Grossen et A.N. Perret-Clermont (Eds.) *L'Espace thérapeutique. Cadres et contextes*. Lausanne, Delachaux et Niestlé. 37-62, 1992.
- Jodelet, D., « Les Représentations sociales de la maladie mentale dans un milieu rural : genèse, structure, fonctions », in : U. Flick (Ed.) *La Perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*, Paris, L'Harmattan, 321-346, 1993.
- Jodelet, D., « Les Processus psycho-sociaux de l'exclusion », in S. Paugam (ed.) *L'Exclusion. L'État des savoirs*, Paris, La Découverte, 66-77, 1996.
- Jodelet, D., *Représentations sociales de la maladie mentale et insertion des malades mentaux*, in J.C. Abrie (ed) *Exclusion sociale, insertion et prévention*, Saint-Agne, Érès, 97-111, 1996.
- Jodelet, D., « Formes et figures de l'altérité », in M. Sanchez-Mazas & L. Ilcata (eds), *L'Autre. Regards psychosociaux*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 23-47, 2005.
- Jodelet, D., « Représentations Sociales », in S. Mesure & P. Savidan (eds), *Dictionnaire des sciences humaines*, Paris, Presses Universitaires de France, 1003-1005, 2006.
- Kalampalikis, N. Daumerie, N. Jodelet D., « De l'effet médiatique au fait politique : la santé mentale en question », *Information Psychiatrique*, Vol 83. n°10. 839-843, 2007.
- Nasse, P. Légeron, P., *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psy-*

cho-sociaux au travail, Remis au Ministre du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, 2008.

- Roelandt, J.-L., « La Santé Mentale en Population Générale : images et réalités, une enquête pas comme les autres », *Information Psychiatrique*, Vol 81. n°4. 285 à 287, 2005.
- Roelandt J.-L., Caria A., « Stigma ! Vaincre les discriminations en santé mentale », *Information Psychiatrique*. Vol 83. n°8. 645-648, 2007.
- Rosanvallon, P., *La Nouvelle Question sociale*. Paris. Seuil, 1994.
- Salomon, S. Greenberg, I Pyszczynski, T, *A terror management theory of social behavior : the psychological functions of self-esteem and cultural worldviews*. *Advances in Experimental Social Psychology*, New York, Academic Press, 24, 93-159, 1991.

Maintien dans l'emploi et réinsertion professionnelle

- Arveiller, J.P., Bonnet, C., *Au travail, les activités productives dans le traitement et la vie du malade mental*, Éditions Érès, Toulouse, 1991.
- Georges, C., *Psychose et maintien dans l'emploi*, Th : Méd., Paris 5, 2002.
- Le Roy, C., *Lorsque les troubles psychiques deviennent un handicap : le salarié et l'entreprise à l'épreuve du maintien dans l'emploi*, th. : Sociologie, Conservatoire National des Arts et Métiers, 2007.
- Verry, V., *Les Employeurs et les travailleurs handicapés par la maladie mentale*, Revue Prisme, n° 1, pp. 15-18., 1996.
- Verry, V., *Santé mentale et Travail*, Éditions Les deux continents, Genève, 1994.

Organisation du travail et santé mentale

- Billiard, I., *Santé mentale et travail*, Éditions La Dispute, Paris, 2001.
- Bressol, E., *Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés*, Rapport du Conseil Économique et Social, Éditions des Journaux Officiels, 2004.

Souffrance au travail

- Clot, Y., *La Fonction psychologique du travail*, Éditions Les Presses universitaires de France, Paris, 1999.
- Dejours, C., *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Éditions du Seuil, collection : Points, Paris, 1998.
- Dejours, C., *Travail et usure mentale : essai de psychopathologie du travail*, Éditions Bayard, Paris, 2004.
- Huber, G., Karli, M., Lujan, C., *Quand le travail rend fou*, Éditions Jean Attias, Paris, 2003.

Sur le projet EMILIA

- Greacen T., Jouet E (2009), « Psychologie communautaire et recherche : l'exemple du projet EMILIA », *Pratiques psychologiques*, 15 (1).
- Greacen T., Jouet E (2008), « Le projet Emilia : l'accès à la formation tout au long de la vie et la lutte contre l'exclusion », *L'Information psychiatrique*, 84 : 1-7.

Articles scientifiques

- Burton, W.N., Conti, D.J., *Depression in the workplace : the role of the corporate medical director*, Journal of occupational and environmental medicine, 50(4), pp. 476-81, 2008.
- Chapelle, F., *Le Handicap, cause ou conséquence du travail ?*, Revue Trimestrielle Empan, Prendre la mesure de l'humain, Éditions Érès, n°55, pp.34-37, 2004.
- Couser, G.P., *Challenges and opportunities for preventing depression in the workplace : a review of the evidence supporting workplace factors and interventions*, Journal of occupational and environmental medicine, 50(4), pp. 411-27, 2008.
- Direction Générale Santé et Consommateurs, *Mental Health in Workplace Settings* (Consensus paper), Éditions McDaid, Luxembourg 2008.
- Goldberg, R.J., Steury, S., *Depression in the workplace : costs and barriers to treatment*, Revue Psychiatric services, American Psychiatric Association, Washington DC1995.
- Hebert, A., *La Réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques : un profil professionnel et psychiatrique*, Sociologie et Sociétés, vol. XVII, n° 1, pp. 61-72, Montréal 1985
- Revue Santé mentale au Québec, dossier *Rétablissement et Travail*. Printemps 2002

volume XXVII, n° 1 .

- Revue Française des Affaires Sociales, dossier *Psychiatrie et santé mentale*. 2004, n° 1.

Études

- Cohidon, Caillet, Germanaud, Roy, Goldberg, Imbernon, Étude Samotrace, août 2007. *Étude de surveillance de la santé mentale au travail*.
- Institut de Veille Sanitaire, Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee. *Rapport étudiant les associations entre la déclaration de symptômes dépressifs et les conditions de travail en s'appuyant sur les données de l'enquête décennale de santé menée par Insee en 2003*.
- Conservatoire National des Arts et Métiers, Rapport d'enquête de psychopathologie du travail, Sous-Unité Technique du Centre de Production Nucléaire de Chinon, 1991 *Étude cherchant à identifier la nature de la souffrance des agents, d'en comprendre la source, et de voir quel pouvait être son impact sur la qualité et la sécurité du travail*.
- Nasse, P. et Légeron, P., Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. [http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_FINAL_12_mars_2008.pdf]
- Couty, E., Rapport Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. [<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/SFPEADA/Rapport%20commission%20Couty.pdf>]
- Bellamy, V. et Roelandt. J.L., Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé Mentale en population générale, 2004 *L'étude présente des résultats sur la perception du handicap psychique parmi la population salariée, et les champs lexicaux associés*.

Filmographie

- Bruneau, S. et Roudil, M.A. *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés*, film documentaire 1h20, sorti en salles le 8 février 2006.
- Carré, J.M., *J'ai très mal au travail*, Éditions Montparnasse, 2007.
- www.cnasm.prd.fr (Centre National de Documentation Audiovisuelle en Santé Mentale, films et documentaires).

Références Internet

Campagnes d'information et sensibilisation

- *See me Scotland* : campagne écossaise ayant pour objectif de mettre un terme à la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques. On y trouve l'historique et l'évaluation de la campagne. Possibilité de commander gratuitement des supports de communication - www.seemescotland.org.uk
- *Time to change* : programme anglais visant à mettre un terme à la discrimination que subissent les personnes souffrant de troubles psychiques. On y trouve notamment « The world without the fantastic five » mettant en avant que Churchill, Lincoln, Darwin, Curie et Nightingale souffraient de troubles psychiques - www.time-to-change.org.uk
- *Like minds like mine* : programme public d'éducation néo-zélandais dont le but est de réduire la stigmatisation et la discrimination dont souffrent les personnes atteintes de maladie mentale - www.likeminds.org.nz
- *Mindout for mental health* : campagne anglaise dont le but est de mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination liées aux troubles de la santé mentale, différents supports mis à disposition - www.mindout.clarity.uk.net

Guides pratiques et méthodologiques

- Agefiph, FIPHP, *Guide du chargé de « Mission Handicap »*, Etre Handicap Information, Hors Série, 2008
- *Mental health guide* : www.dshs.wa.gov/Mentalhealth/bestpracticesguide.shtml
- *What to do when an employee is depressed : a guide for supervisors*, From the National Institute of Mental Health : www.allaboutdepression.com/gen_15b.html

- *Partnership for workplace mental health : a program of the American psychiatric organisation* : www.workplacementalhealth.org

Portails

- *Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques* : www.unafam.org
- *Fondation FondaMental de recherche et de soin en santé mentale* : www.fondation-fondamental.org
- *Fondation des Maladies Mentales* : www.fondationdesmaladiesmentales.org
- *Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie* : www.fnapsy.org
- *Mental health foundation* : www.mentalhealth.org.uk/information/connects
- *Santé et service sociaux Québec* : [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?sante_mentale_au_travail_en](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?sante_mentale_au_travail_en_mentale/index.php?sante_mentale_au_travail_en)
- *International Labour organization* : www.ilo.org/public/english/employment/skills/disability/policy_m.htm
- *Employees' forum of disabilities* : www.efd.org.uk/media-centre/news/rda-launches-drive-tackle-workplace-mental-health-problems
- *World health organization : mental health policies and programmes in the workplace* : whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241546794_eng.pdf

L'Agence Entreprises & Handicap a organisé ce colloque avec La Fondation de France et Sciences Po et grâce au soutien de :

- Agefiph
- Banque de France
- BNP Paribas
- CNSA
- FIPHP
- IBM
- Groupe La Poste
- SNCF

Nous remercions également la Caisse Nationale des Caisses d'Epargne et le groupe Thales qui ont permis la réalisation des actes du colloque.



THALES

Vélotypie : Evelyne Hamon, Système Risp

Directrice de la publication :
Gwénaél Berthélemé
Responsable d'édition :
Sophie Behr

Conception et réalisation : 17MARS.COM
G.Karolyi - Marika Michelon
Maquette : Audrey Prudhomme

ISBN : 978-2-95-325692-5

Achevé d'imprimer en juin 2009 sur les presses de l'ESAT Jean-Claude Bonnet à Paris.

