

*Transcription de la conférence
du 18 novembre 2003
« Maladie mentale et insertion
professionnelle »
par Christian TOULLEC Directeur du CEPPEM*

Bonsoir,

Je vous propose, tout d'abord, de vous exposer les activités de l'établissement dont je suis directeur à Lorient puis j'évoquerais avec vous la problématique de la pathologie mentale dans le domaine de l'insertion professionnelle et la façon dont nous envisageons l'évaluation en termes de visibilité et de lisibilité du handicap dans le cadre de cette démarche d'insertion.

Je suis donc directeur du Centre d'Evaluation et de Placement Professionnel Espoir Morbihan à Lorient, établissement de l'Association Espoir Morbihan, ayant pour mission d'évaluer un potentiel d'insertion professionnelle avec l'appui d'un outil original : le Test d'Aptitude et de Compétences au Travail et à l'Insertion Sociale (TACTIS)

Le CEPPEM œuvre au profit de deux types de populations :

- des personnes reconnues travailleurs handicapés bénéficiant des dispositions de la Loi de 1987 et titulaires d'une orientation COTOREP. Ces personnes, souffrant de troubles psychiques nous sont adressées aux fins d'évaluation dans une perspective d'insertion professionnelle. Elles constituent la cible de la mission principale de notre établissement. Il s'agit de pathologies psychiatriques lourdes, catégorisées « C » par la COTOREP.
- des personnes relevant du droit commun, pour la majeure partie d'entre-elles bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, le plus souvent prises en charge dans des dispositifs locaux d'insertion (PLIE, CLI, mission locale, organismes de formation). Pour ces personnes, les commanditaires suspectent que des troubles d'ordre psychologiques ou psychiques soient en lien avec leur grande difficulté d'insertion.

Pour décliner l'organisation du CEPPEM par activités, nous pouvons donc dire que l'activité première, fondamentale, est celle dénommée C.E.O.P.S. (Centre d'Evaluation, d'Orientation, de Placement et de Suivi) chargée de l'évaluation (je reviendrai en détail tout à l'heure sur cette notion d'évaluation), du placement professionnel et du suivi en emploi. Elle intègre aussi une cellule de recherche et développement que j'évoquerai également plus loin.

Nous proposons donc également, en second lieu, un dispositif d'évaluation spécifique ainsi qu'un accompagnement et un suivi en emploi au profit de personnes non reconnues par la COTOREP, généralement bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, et se trouvant en grande difficulté, à connotation souvent psychologique, face aux dispositifs de réinsertion professionnelle qui leurs sont proposés par l'ANPE, le PLIE, la CLI ou des organismes de formation.

Nous sommes également partenaires d'une action expérimentale d'insertion professionnelle au profit d'autistes de « haut niveau » dénommée « Espace d'Activité Intégré ».

Je vais maintenant vous parler plus particulièrement du C.E.O.P.S., s'adressant aux personnes reconnues travailleurs handicapées aux termes de la loi de 1987, titulaires d'une reconnaissance COTOREP.

Nous trouvons donc là trois pôles d'intervention : l'évaluation, le placement professionnel, la recherche-développement.

L'admission en stage d'évaluation est prononcée après un entretien préalable, indispensable pour s'assurer de la stabilisation de l'intéressé(e) de sa motivation ou encore de sa perception de sa pathologie.

Il faut noter qu'un pré-stage de deux semaines, dénommé « pré-requis » permettra de confirmer cette stabilisation et que le bénéficiaire est à priori en capacité de participer à un stage de plus longue durée dans de bonnes conditions.

Débute alors le stage d'évaluation proprement dit, d'une durée totale de onze semaines.

La philosophie de l'évaluation pratiquée par le CEPPEM s'articule sur deux axes : l'un dénommé « psychométrie », structuré par des tests réalisés en salle avec pour objectif de déterminer un potentiel d'insertion professionnelle et l'autre dénommé « psychotechnique » structuré par des tests différents dans le cadre d'ateliers pédagogiques mais sur les mêmes items d'évaluation et dont l'objectif est de dégager la capacité du bénéficiaire à mettre en œuvre ce potentiel en situation de travail.

L'atelier pédagogique est en quelque sorte un laboratoire qui permet, au sein de l'établissement, de simuler peu ou prou les conditions réelles de travail en milieu ordinaire.

Nous pouvons dès lors repérer, par comparaison entre les résultats psychométriques et psychotechniques, les déperditions, les évolutions ou involutions.

Cette évaluation conduit bien entendu à un bilan d'orientation puisque le principal prescripteur de l'institution est la COTOREP. Soulignons une particularité du Morbihan où dès qu'un cas de pathologie mentale déclarée passe en commission, celle-ci nous l'adresse pour expertise.

En fonction du schéma que je vous ai prédéfini tout de suite, nous allons pouvoir déterminer une préconisation d'orientation à la COTOREP. Cette préconisation du CEPPEM, associée à l'avis médical et l'avis de la commission elle-même, permet à cette dernière de prononcer une orientation. Dans la majorité des cas, la commission valide l'orientation proposée par le CEPPEM lors du bilan d'évaluation.

Donc, pour mettre en œuvre cette mission « d'évaluation, orientation, placement et suivi en emploi », vous avez actuellement à l'écran le tableau de ventilation du personnel qui vous donne une idée des moyens humains mis en œuvre. Ce sont donc huit personnes (en termes comptables 7,4 EQTP) qui interviennent tout le long de l'année dans le cadre de ce dispositif d'une durée totale de treize semaines de l'admission au bilan d'orientation. Lorsque l'on connaît la problématique spécifique de la pathologie mentale au regard de l'objectif poursuivi, en l'occurrence l'insertion professionnelle, il est évident qu'une prise en charge de trop courte durée n'a aucun sens puisque le facteur temps est particulièrement important pour préserver une stabilisation de la pathologie mentale. Un nouveau stage débute toutes les six semaines ce qui nous permet d'admettre approximativement une centaine de personnes par an.

A l'issue du bilan-orientation, si celui-ci est favorable, les bénéficiaires sont alors pris en charge par le service de placement professionnel qui les accompagne dans les démarches de recherche puis d'accès à l'emploi et assure également un suivi spécifique en emploi.

La qualité de ce suivi et son maintien dans la durée sont indispensables pour se donner toutes les chances de consolider l'insertion et de maintenir la personne en emploi de façon relativement durable.

Ce service assure également une prospection en entreprises afin de sensibiliser ces dernières à l'insertion professionnelle des personnes handicapées par la maladie psychique. Les chargés d'insertion, par ces actions vers les entreprises, étoffent ainsi leur portefeuille d'entreprises locales et départementales susceptibles d'offrir des emplois où d'accueillir nos stagiaires pour des périodes d'essai ou des évaluations en milieu de travail si ces dernières s'avèrent souhaitables pour vérifier une aptitude.

Le CEPPEM est également acteur de la dynamique « sortie du milieu protégé vers le milieu ordinaire » c'est-à-dire que par le biais de convention avec des Centres d'Aide par le Travail et des Ateliers Protégés, nous nous proposons de contribuer à permettre à des travailleurs de ces structures de s'insérer finalement dans le milieu ordinaire de travail.

Nous assurons également une préparation appuyée à l'emploi parce que vous imaginez bien que quelqu'un qui a passé six, sept, huit voire dix années en hôpital psychiatrique n'a plus la force ni les ressources nécessaires pour affronter les obstacles du parcours de recherche d'emploi, ne serais-ce par exemple que l'entretien préalable avec l'employeur. Ce travail sur les techniques de recherche d'emploi, adapté à notre public, est inclus dans le programme de nos stages d'évaluation.

En ce qui concerne les moyens humains du CEPPEM pour l'insertion professionnelle, que vous montre le tableau en projection, je n'ai pas trop de commentaires à faire : nous disposons de deux salariés pour travailler l'insertion et assurer le suivi d'une centaine de personnes environ. Ce n'est pas pléthorique et le service fonctionne correctement mais compte tenu du temps qu'il est nécessaire de consacrer aux bénéficiaires pour un suivi personnalisé, dans la durée et si l'on veut en maintenir la qualité indispensable, il ne serait pas possible de rationaliser plus les coûts de fonctionnement notamment salariaux.

J'évoquais précédemment la recherche et le développement : c'est, pour nous, quelque chose d'omniprésent dans la genèse de l'établissement depuis l'origine et qui conduira au concept et à l'élaboration des supports de l'évaluation .

A partir de 1980, nous nous étions fixé comme mission, dans le cadre d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C.H.R.S.) spécifiquement dévolu à des résidents souffrant de pathologies psychiques, de structurer un service de placement professionnel en milieu ordinaire de travail. Très rapidement nous avons été confrontés à un grand nombre d'échecs associés à des drames pour les personnes concernées puisque une particularité de la pathologie mentale est la majoration traumatique excessive (traumatique) d'un vécu de situation d'échec.

Ceci souligne la grande responsabilité que nous avons dans les actions d'insertion professionnelle que nous menons et l'importance de la qualité de notre appréciation dans ce cadre.

Ce constat nous a conduit, en 1985, à cesser de réaliser du placement professionnel direct. Nous faisons le constat du manque d'efficacité de cette méthode et les échecs répétés nous faisaient apparaître l'insertion professionnelle illusoire pour ce type de public.

Dès lors, nous nous sommes fixé des axes de recherche.

Le premier a été de se dire : « puisque nous avons à faire à une pathologie, c'est qu'il y a une maladie. Ce n'est pas parce qu'elle n'est pas lisible, visible, qu'elle n'existe pas ».

Or en psychiatrie, jusqu'alors, on traitait la question de l'insertion de façon très aléatoire, sans même plus trop pouvoir déterminer si la demande d'insertion formulée par la personne émanait bien d'elle-même ou traduisait la pression de l'équipe accompagnante pour qu'elle exprime cette demande. Une fois placée directement en entreprise, la personne rechutait assez rapidement. En effet, rien à priori chez elle ne laissait apparaître telle ou telle fragilité psychique handicapante. Et donc, en l'absence de toute lisibilité de sa pathologie, cette personne, considérée comme ayant les mêmes capacités que les autres, se retrouvait rapidement en situation de rupture et d'échec

Un second axe de recherche a consisté à se dire : « il n'y a pas de raison, en présence d'une pathologie, qu'il n'y ait pas une symptomatologie résiduelle qui lui soit associée ».

Notons, là aussi, la particularité de la pathologie mentale : quand une personne souffrant de ces troubles sort de l'hôpital, elle n'est pas guérie, elle n'est pas de nouveau un citoyen lambda ! Des stigmates subsistent, dus aux troubles générés par la pathologie même stabilisée et aux effets secondaires des traitements.

Aussi quand une personne se présente à nous, en demande d'insertion professionnelle, nous savons qu'elle demeure affectée par des troubles de cette nature et que, même si l'expression de ces troubles n'est plus de nature à nécessiter une hospitalisation, ils peuvent néanmoins constituer des facteurs handicapants qu'ils soient de nature physique (par exemple les tremblements liés aux effets secondaires des neuroleptiques), cognitif ou relationnel.

Ainsi donc, cette personne qui se présente à nous avec une demande d'insertion, même si elle est consciente de sa pathologie, même si est mue par une forte volonté, n'a pas nécessairement les capacités suffisantes pour mener à bien son projet.

Nous avons opté pour cette approche dans le domaine de l'insertion professionnelle. Cette lecture ne traduirait pas l'expression de la maladie en phase aiguë, qui est traitée à l'hôpital et définie de façon très clinique c'est à dire brossant un tableau pathologique généralement catastrophique mais bien les symptômes de la pathologie stabilisés et les troubles générés par les effets secondaires des traitements.

Dès lors, il devenait nécessaire d'établir une symptomatologie correspondant au plus près aux phénomènes handicapants effectivement rencontrés par les personnes que nous prenions en charge après la phase d'hospitalisation et par conséquent d'élaborer toute une stratégie de recherche pour parvenir à qualifier et quantifier ces symptômes qui fourniraient une lisibilité à la pathologie mentale.

Le CEPPEM a donc travaillé sur cette recherche pendant plusieurs années, entre 1985 et 1991 sur une approche très théorique et clinique afin d'aboutir à un concept et un support d'évaluation : le Test d'Aptitude et de Compétence au Travail et à l'Insertion Sociale.

Le TACTIS en est aujourd'hui à sa cinquième version (la sixième est en cours d'élaboration) car régulièrement les items d'évaluation sont optimisés en fonction des évolutions psychiatriques (connaissances mais aussi progrès dans les traitements) ainsi que des variables de l'étalonnage qui influent sur le caractère discriminant des items.

L'élaboration et l'évolution du TACTIS ont fait l'objet de plusieurs parutions auprès du C.N.R.S. notamment. En particulier, un partenariat très actif avec le CNRS de Strasbourg a permis des échanges fructueux.

Le concept d'évaluation et l'ensemble TACTIS sont désormais mis en place dans plusieurs régions à la demande de l'AGEFIPH : actuellement huit sites sont équipés dans la région Nord – Pas de Calais. Sont également envisagés à terme : la région parisienne, Rhône-Alpes, Centre, PACA ...

Les organismes supports sont de nature diverses et les articulations et prises de relais dans le dispositif de prise en charge peuvent varier sensiblement selon les schémas régionaux et les partenariats mis en place localement. Ainsi à titre d'exemple, des CAP EMPLOI mais aussi des Centres d'Aides par le Travail ou encore des Centres de Formation généralistes peuvent dans une certaine mesure être inclus dans le concept d'évaluation qui permet à ce titre une relative souplesse.

Notons que le fait de mettre le TACTIS en place sur d'autres régions permet, en augmentant le nombre d'évaluations effectuées, de collationner un plus grand nombre de résultats pour maintenir l'efficacité de l'outil en étoffant la base de données de l'étalonnage, en confrontant les expériences et la pratique du concept d'évaluation, en mutualisant les propositions d'évolution future de l'évaluation tant sur le plan technique que psychométrique.

La recherche et le développement, comme vous le constatez, représente 2,15 postes en charge de personnel. Ceci ne signifie pas que ce sont ces deux postes qui génèrent la recherche mais que ce sont eux qui permettent de traduire l'évolution naturelle du TACTIS en termes d'ingénierie de projet pour les versions futures de l'outil et d'ingénierie technique pour l'évolution matérielle des supports d'évaluation.

Je vais évoquer maintenant le deuxième type de public pour lequel nous travaillons, les personnes pour lesquelles nous allons nous efforcer de mettre en évidence les freins et les obstacles que des organismes d'insertion suspectent d'être liées à des troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique.

Les intéressés, majoritairement bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, sont pris en charge au CEPPEM dans le cadre d'un stage d'évaluation spécifique d'une durée de quatre semaines.

On peut distinguer trois catégories de personnes dans ce public :

- les personnes affectées de pathologie mentales avérées mais qui sont dans le déni de leur pathologie et le refus d'une reconnaissance COTOREP.

Ce déni peut trouver son origine dans diverses motivations :

- o une manifestation paranoïde de leur pathologie (selon eux, ils ne sont pas malades et ne voient donc pas la raison pour laquelle il solliciteraient une reconnaissance adulte handicapé). Il s'agit là d'un problème complexe affectant la personnalité et un type de résistance difficile à vaincre.
- o D'autre, également affectés de pathologie avérée, refusent la reconnaissance pour ne pas « nommer » leur maladie (ou alors c'est la conséquence de l'influence de tiers, notamment les parents qui s'opposent à ce que leur enfant soit « identifié » comme malade mental).
- o dans d'autres cas encore, ce peut être le médecin qui ne souhaite pas une reconnaissance immédiate pour son patient, notamment pour les sujets jeunes, afin qu'ils n'intègrent pas très tôt un statut de « handicapé » qui risquerait de contribuer à

enkyster un peu plus la maladie, notamment dans les cas de psychose en particulier dans le versant maniaco-dépressif, ou les bouffées délirantes, affections pour lesquelles l'établissement d'un diagnostic ne pourra se faire que dans le temps

- Un autre type de population concerné par cette prise en charge est celui sous influence de conduites addictives : alcoolisation massive en grande majorité mais aussi toxicologie, substances illicites...

J'ouvre ici une parenthèse : dans le cadre de l'alcoolologie, nous sommes confrontés à deux formes d'alcoolisme :

- celui qui a simplement le rôle de révélateur et est associé à des troubles beaucoup plus importants du comportement, des troubles psychologiques masqués par la prise massive d'alcool, l'hystérie par exemple. L'hystérie masculine est fréquemment masquée par des problèmes d'alcool
- et puis des personnes qui ont des alcoolisations beaucoup plus somatiques, beaucoup plus axées sur la pharmacodépendance et qui arrivent à un sevrage en hôpital général.

Nous avons aussi à faire aux personnes que l'on appelle les « les accidentés conjoncturels, les accidentés de la vie ». Il s'agit de personnes qui ont perdu leur travail, dont la cellule familiale a éclaté, qui souvent ont également commencé à s'alcooliser, etc. On retrouve ces personnes à la dérive dans la population prise en charge dans les CHRS, fréquemment affectées de dépression grave, quelquefois suicidaires.

Dans le cadre de cette prise en charge, à l'issue de l'évaluation-diagnostic, nous assurons également un accompagnement vers l'emploi, c'est-à-dire qu'au delà du diagnostic psychologique issu de l'évaluation, nous pouvons inciter la personne selon le cas à envisager une démarche de soin ou l'assister pour surmonter ses difficultés identifiées en évaluation et ainsi accéder à un emploi.

J'évoquais tout à l'heure les personnes qui avaient échappé ou qui essayaient d'échapper au système psychiatrique, nous allons donc éventuellement nous efforcer de les convaincre d'envisager la démarche de soin, sachant qu'il peut s'agir de personnes ayant déjà été prises en charge pour des problèmes psychologiques chroniques, qui ont interrompu leur suivi et qu'il faut inciter à réactiver cette démarche ou à l'inverse de personnes qui n'ont jamais eu affaire à des professionnels de santé (psychiatre ou psychologue).

Donc, en résumé, nos partenaires sur cette action (CLI, PLIE...) repèrent les personnes et nous les adressent ensuite pour bénéficier d'un stage.

Pour ce service, les moyens humains, comme vous le voyez sur ce tableau représentent 2,15 EQTP soit deux personnes physiques qui lui sont affectées à plein temps. Ici aussi on ne rappellera jamais assez l'importance de disposer de moyens suffisant face à l'importance des problématiques concernées.

En ce qui concerne l'Espace d'Activité Intégré (E.A.I.) nous sommes donc partenaires d'une association qui est support d'une action expérimentale d'insertion professionnelle au profit d'autistes de haut niveau. Le CEPPEM, met à disposition une formatrice qui collabore avec l'équipe pédagogique sur le module d'insertion professionnelle. Nous expérimentons également la possibilité d'adapter le concept d'évaluation TACTIS sur les troubles autistiques envahissants du comportement. Ceci concerne plus particulièrement les personnes souffrant d'autisme de haut-niveau et du syndrome d'Asperger pour lesquelles on retrouve comme caractéristiques autistiques des troubles de prise en compte de consignes, de ressources attentionnelles, de compétences sociales, d'organisation et de gestion du temps...

Bien j'en ai terminé pour la présentation de l'institution. Avant de vous présenter le TACTIS, avez vous des questions ?

[Question dans la salle]

Les entretiens d'admission en stage d'évaluation sont menés par une psychologue clinicienne. En fait, a part celle-ci et moi-même, les membres du personnels ne sont pas issus du milieu médical, ceci dans un souci de différenciation du CEPPEM par rapport au milieu hospitalier.

En psychiatrie la notion de langage, dans le cas de la psychose, est très importante : il n'est donc pas souhaitable de reproduire les caractéristiques de la prise en charge psychiatrique dans l'institution : les personnes admises en stage doivent avoir comme interlocuteurs des formateurs qui leur tiennent des propos de professionnels.

En effet, si les réponses aux attentes des stagiaires est du même type que celles qu'ils recevaient dans le cadre hospitalier, la transition vers la normalité sociale et professionnelle ne s'opèrera pas et le séjour en stage d'évaluation risquerait d'être perçu à tort comme un prolongement externe de la prise en charge soignante de l'hôpital psychiatrique.

Venons en donc maintenant au TACTIS proprement dit...

Donc, en premier lieu, j'insisterai à nouveau sur un préalable indispensable même s'il peut sembler aller de soi : je veux parler de la stabilisation des troubles. Sans cette condition incontournable, prétendre faire de l'insertion professionnelle et travailler sur un projet professionnel pour ce type de public est un leurre.

Mais il faut aussi être conscient que cette stabilisation n'induit pas la disparition totale des manifestations de la pathologie ou des troubles associés générés par les traitements. Et qu'à un certain degré ces troubles peuvent constituer un obstacle à l'insertion ou, dans une moindre mesure, influencer sur le choix d'une orientation professionnelle.

En effet, dans la chimiothérapie mise à l'œuvre dans les traitements psychiatriques, le plus souvent le principe actif (c'est-à-dire la molécule qui va réguler les dysfonctionnements neurologiques de la maladie) mis en œuvre dans par la spécialité prescrite génère des effets secondaires représentant un surcroît de manifestations pathologiques.

Je m'explique par un exemple : la prescription d'un neuroleptique pour contrer les manifestations d'une psychose peut entraîner des troubles neuro-végétatifs : faiblesse musculaire, grande fatigabilité mais aussi des effets dénommés « extra-pyramidaux », de la constipation, une sécheresse de la bouche, une prise de poids excessive, des perturbations sexuelles...

Aussi, lors de la prescription médicamenteuse, le comprimé contenant le principe actif, celui qui va agir sur la pathologie, est accompagné de plusieurs autres, appelés « correcteurs », dont la mission est de contrer les effets indésirables qu'il va entraîner.

Dès lors, comment convaincre une personne malade d'accepter de prendre sans broncher son « traitement » alors qu'elle connaît les désagréments qu'il va entraîner, de surcroît sans lien direct avec sa pathologie ?

Ici la perception de la notion d'hospitalisation est différente de celle communément admise par la majorité d'entre nous pour qui elle est un symbole dramatique d'une affection pathologique ou d'un accident, le passage obligé (et inquiétant) qui va permettre d'accéder à une potentielle guérison.

Dans le cas de la pathologie psychique, c'est très différent, l'hospitalisation n'est plus vécue comme la survenue d'un événement dramatique mais comme un élément identifié d'un cycle admis : sortie de l'hôpital, traitement ambulatoire, arrêt du traitement (et on comprend pourquoi...), résurgence de la pathologie, ré-hospitalisation... C'est humain d'interrompre un traitement qui entraîne un mal-être physique et moral encore plus durement ressentis par le malade que la pathologie elle-même.

L'entourage, quant à lui, ne perçoit pas la raison profonde qui est à l'origine de cette décision d'arrêter le traitement et voit la personne se dégrader à nouveau jusqu'à retourner à l'hôpital. Cela lui est insupportable tout comme cela l'est aussi pour les acteurs d'insertion.

On appelle cela un parcours initiatique. Rappelons ici que la psychose intervient généralement entre seize et vingt-cinq ans c'est à dire pendant l'adolescence et au début de l'âge adulte. C'est à dire aussi, avec l'allongement de la durée des études, pendant le parcours scolaire, étudiant, universitaire. Des adolescent ou des jeunes adultes, en pleine capacité de leurs moyens, parfois brillants vont rencontrer un problème : trouble du comportement, délire... Il va y avoir suspicion de pathologie mentale : cela pourra être une bouffée délirante aiguë (BDA), l'éclosion soudaine d'un épisode psychotique aigu survenant chez des personnes vulnérables, fragiles, sans personnalité bien posée, dans des situations qui les satisfont peu. La toximanie peut constituer un facteur déclenchant. Et dans un tiers des cas la guérison est sans rechute et définitive. Ou bien nous aurons à faire à des psychoses chroniques : schizophrénie, délires paranoïaques ou hallucinatoires, ou encore psychose maniaco-dépressive (PMD) avec au premier plan des troubles de l'humeur et des période de rémission plus ou moins longues.

Donc, dans cette période de la vie, les malades vivent ce parcours initiatique : allers-retours à l'hôpital, interruptions répétées des traitements...C'est la phase la plus pénible autant pour les parents que pour les tiers acteurs d'insertion.

Jusqu'au terme de ce parcours initiatique, nous sommes tributaires de cette pathologie évolutive. Dans ce cas, en quoi peut consister l'insertion professionnelle ? Car si l'on va pouvoir recourir, dans le domaine sanitaire, aux services de l'hôpital lors des phases aiguës de la maladie et aux organismes sociaux pendant les phases de rémission, il va également falloir envisager une prise en charge au niveau professionnel.

Le travail étant un droit constitutionnel, il nous faut en faciliter l'accès aux malades psychiques qui en expriment le désir, d'autant que les progrès thérapeutiques favorisent ce vecteur de normalisation.

Le paradoxe est donc qu'actuellement nous devons répondre aux attentes d'un nombre croissant de malades psychiques qui sollicitent une insertion professionnelle dans un contexte de saturation du marché de l'emploi.

Toutefois il va falloir considérer le problème de l'insertion professionnelle de personnes handicapées par la maladie psychique d'une manière tout à fait particulière, voire même paradoxale par rapport à l'approche communément admise pour des personnes dites normales.

Le vécu de l'insertion va être sinusoïdal, c'est-à-dire qu'ainsi que je l'évoquais précédemment ; cette vie professionnelle va être régulièrement ponctuée d'interruptions, de phases de ré-hospitalisations, d'interruptions volontaires du traitement ambulatoire.

Pourquoi cela ? eh bien comme je vous le disais tout à l'heure, pour un traitement qu'il prennent parce qu'il vont mal en eux-même, il vont subir par cette prise de médicaments des effets indésirables perceptibles sur l'aspect physique (prise de poids, sécheresse buccale ou salivation excessive), la

gestuelle (tremblements, impatiences), le comportement (grande fatigabilité, somnolence, troubles de la sexualité...). Ces effets, perceptibles par leur entourage, les stigmatisent comme « malades ».

Ainsi, bien souvent, les troubles résiduels de la pathologie vont les stigmatiser vis à vis de leurs collègues de travail ou les empêcher (par exemple par une grande fatigabilité), malgré leur bonne volonté, de réaliser leur travail dans des conditions normales.

D'autre part, la pathologie intervenant fréquemment pendant les études, quelle orientation professionnelle et quels emplois allons nous pouvoir leur proposer désormais ?

L'emploi qu'ils obtiendront sera bien souvent, faute de diplôme, de qualification et d'expérience, mal rémunéré et dans des secteurs professionnels peu valorisants.

Enfin, il faut également prendre en compte l'écart entre la demande de reconnaissance d'aptitude au travail et le réel désir de transformer cette déclaration d'intention en actes.

Ainsi, on peut considérer que pour les deux tiers des personnes handicapées par la maladie psychique exprimant le désir de travailler, il s'agit essentiellement d'obtenir le statut de demandeur d'emploi, l'inscription à l'Agence Nationale pour l'Emploi qui leur suffit pour s'identifier socialement sans réelle intention de travailler.

Or lorsque l'ANPE ou encore le CAP EMPLOI vont mettre en œuvre une dynamique d'insertion effective qui ne correspond plus au souhait réel de l'intéressé (il veut être simplement reconnu apte à travailler) mais l'engager dans la concrétisation en acte, nous sommes dans le malentendu qui va très vite conduire à une situation de rupture.

Les handicapés psychiques ne sont pas insérables professionnellement selon les mêmes méthodes et concepts que tout autre demandeur d'emploi. C'est là qu'intervient une indispensable évaluation spécifique.

Nous abordons maintenant une autre notion importante qui est celle des strates de l'échec : de quoi s'agit-il ?

Plus la personne rencontre de situations d'échec, moins il lui est supportable d'envisager de souffrir une nouvelle fois cette situation et elle commence dès lors à intellectualiser sa maladie en l'opposant à toute proposition d'insertion « je ne peux pas travailler, je suis malade ».

Mais paradoxalement, ils conservent néanmoins quelque part l'espoir de travailler et s'inscrivent à l'ANPE ou démarchent le CAP EMPLOI.

Par ailleurs, c'est une caractéristique de la personne schizophrène de ne pas tenir le bon discours au bon interlocuteur : elle parlera de sa pathologie, de son traitement au chargé d'insertion et évoquera ses difficultés à trouver du travail avec son psychiatre ! Si le psychiatre est par nature préparé à cette confusion dans le discours, les salariés d'une structure d'insertion sont moins aptes à gérer sereinement de telles situations lors d'entretiens. Les confidences reçues seront vite cataloguées comme des bizarreries de comportement et cette incompréhension constituera une stigmatisation supplémentaire.

Ainsi donc, tout ce que nous venons de brosser c'est l'expression de la pathologie, ce sont les difficultés perceptibles qui nous font douter d'une réelle possibilité d'insertion professionnelle pour ce type de personnes.

Nous avons pour notre part reconsidéré le problème différemment : ces difficultés étant les manifestations de la pathologie et du cortège de tous les inconvénients qui l'accompagnent, peut-on identifier une symptomatologie (en fait les phénomènes qui révèlent un trouble fonctionnel et qui peuvent générer des difficultés dans une activité professionnelle) ?.

Alors, soit on considère d'emblée que cette symptomatologie est telle que tout projet d'insertion professionnelle, quel qu'il soit, est voué à l'échec soit on envisage qu'il soit possible, en travaillant sur cet aspect, de tenter de casser la spirale de l'échec.

C'est cette approche qu'a adopté le CEPPEM il y a plusieurs années en identifiant un certain nombre d'items dans quatre groupes de capacités, items pour lesquels une insuffisance de potentiel risquait d'être un facteur d'échec d'insertion professionnelle.

Prenons, par exemple, le cas d'une petite entreprise dans laquelle vous trouvez un patron de PME confronté à une situation de rupture avec un salarié souffrant de pathologie psychique.

Vous interrogez l'employeur : « que s'est-t-il passé ? » et il vous répond : « ce n'est plus possible : je lui donne des consignes, des tâches à effectuer, le travail n'est pas fait, nous prenons du retard, ça ne peut pas continuer comme cela ». Ceci est parfaitement compréhensible de la part d'un patron qui a comme souci primordial l'efficacité et les résultats !

Lorsque l'on interroge à son tour le salarié que nous dit-il ? « Le patron, il n'arrête pas de m'engueuler, de crier, de me dire tout un tas de choses que je dois faire, je ne me rappelle plus, je ne comprend rien... je ne veux plus me faire agresser comme ça ! » On peut parfaitement entendre cela aussi ! A sa place nous aurions sans doute la même réaction.

Tout le problème est là : en situation de rupture d'emploi avec un psychotique, aucune des parties en cause n'a tort, ce sont simplement deux logiques qui s'affrontent.

Si nous reprenons le problème de cette incompréhension sur un aspect symptomatologique de la part de la personne handicapée, nous pouvons pointer une possibilité de lenteur d'idéation. De quoi s'agit-il ? d'un ralentissement de la capacité à former et enchaîner des idées et à agir à partir de stimuli visuels ou auditifs. Cette capacité de décider d'un plan d'action, de se représenter ce qui est demandé pour agir en conséquence, peut être notablement affectée par la pathologie au niveau du cortex cérébral (siège de la faculté de représentation mentale) mais aussi par les effets secondaires des traitements neuroleptiques.

Une forte affectation de cette capacité peut donc, en particulier dans un cadre professionnel, poser problème car elle entraîne une altération de la compréhension par la personne qui en souffre de ce que l'on attend d'elle, une inexécution ou une exécution partielle de ce qui lui est demandé...).

Pour illustrer mon propos imaginez que vous vous rendiez en vacances dans un pays dont vous ne maîtrisez pas la langue, tout juste quelques réminiscences de cette langue étrangère datant de vos chères études !

Lors d'un dialogue avec un autochtone, vous allez être tenté de reconstruire un sens général au propos qu'il vous adresse à l'aide des mots épars que vous reconnaissez... L'ennui c'est que de cette façon le risque est grand de vous tromper dans votre interprétation de ce que cette personne veut vous dire.

Nous voyons bien dans ce cas la conséquence d'une telle lenteur d'idéation : une consigne un peu complexe, formulée avec un débit verbal un peu rapide comme c'est souvent le cas dans l'urgence, non écrite donc n'ayant pu être anticipée et cela entraîne une inexécution ou une mauvaise réalisation de la tâche, donc l'irritation de l'employeur qui de son côté l'interprète comme un refus, de la mauvaise volonté etc.

Nous voyons donc bien ici que ce n'est pas le fait d'être schizophrène qui est à l'origine de la rupture en emploi mais le symptôme de lenteur d'idéation qui a créé ce conflit. Une évaluation préalable de cette symptomatologie aurait permis de révéler, entre autres, cette faiblesse, de la qualifier et la quantifier et d'en avertir l'employeur lors du placement « attention, du fait de son handicap, cette personne souffre notamment d'une lenteur d'idéation mais si vous vous adressez à lui doucement ou prenez soin de vous assurer qu'elle a bien compris les consignes, il n'y a plus de problème !... » Voici une situation de conflit potentielle qui aura pu être désamorcée !

Ainsi donc, pour quelle raison ne pourrions nous pas mettre en place, en entreprise, au profit de personnes handicapées par la maladie psychique, une sorte d'ergonomie comportementale et relationnelle de la même façon que l'on aménage les équipements en fonction des possibilités de la personne handicapée physique ou sensorielle ?

Rien de cela ne devrait être fait au prétexte que les pathologies en question « ne se voient pas » ?

Il est essentiel, pour que cette symptomatologie soit prise en compte, de lui donner une lisibilité. A titre d'exemple, la lenteur d'idéation, que nous venons d'évoquer, est l'un des vingt-neuf points qui, dans notre dispositif d'évaluation, tendent à nous procurer cette lisibilité d'une affection qui n'est plus considérée comme une entité pathologique mais comme l'expression de plusieurs symptômes qui peuvent être plus ou moins handicapants dans différents domaines : cognitif, relationnel...

Ces expressions symptomatologiques, nous allons nous efforcer de les qualifier, puis de les quantifier et de les identifier comme « difficultés » à envisager pour faciliter l'insertion. Dès lors, il sera peut-être possible, lors de la recherche d'emploi, d'utiliser cette approche ergonomique avec l'entreprise (trouver une solution avec l'employeur, avec les autres salariés, pour l'organisation du travail...) pour contourner les difficultés afin que celles-ci ne deviennent pas des obstacles à l'intégration dans l'entreprise ou l'équipe de travail.

Prenons le cas d'une personne claustrophobe : elle n'en sera pas affectée dans son travail si son activité est en plein air mais il en ira tout autrement s'il s'agit d'un technicien en ascenseur !

Un autre point important est la relation entre le symptôme et la maladie.

Ainsi, on constate que nombre de ces personnes ont des ritualisations de ré-hospitalisation : à une certaine époque de l'année par exemple qui correspondra à un temps « pendant lequel elles n'iront pas bien ». Il peut être possible de contrer ces processus ritualisés : l'un des premiers signes de résurgence de pathologie chez une personne psychotique est la négligence dans le domaine de l'hygiène corporelle qui correspond à une distanciation avec le corps. En aidant la personne à maintenir cette hygiène (rasage quotidien...) vous contribuez à contrer cette résurgence pathologique.

Nous avons constaté par exemple, dans le cas de l'hygiène corporelle, qu'une activité professionnelle dans le secteur de la restauration où cette question est primordiale, contribuait à faire diminuer ces phases de régression.

Il me faut évoquer aussi le phénomène de « cycles » que vivent les personnes souffrant de psychose. Nous avons du mal à accepter (les parents d'enfants psychotiques me comprendront mieux que

quiconque) que ces personnes puissent s'isoler dans leur chambre par exemple, fumer en contemplant le plafond, ne rien faire...

Cette inactivité contemplative nous est insupportable à nous qui pensons « il y a tant de choses à faire dans la vie... » Mais ces phases sont partie intégrante de la maladie. Et dans le cadre de l'insertion professionnelle il nous faudra tenir compte du fait que pour une personne psychotique une activité professionnelle n'est généralement concevable que par périodes cycliques (approximativement de l'ordre de six mois). Nous avons ainsi constaté que ces personnes trouvaient deux bénéfices dans une activité professionnelle par périodes déterminées : celui du statut de travailleur salarié ou demandeur d'emploi alternativement avec le bénéfice du statut de malade pendant les cycles psychotiques. C'est une approche de l'insertion que nous avons un peu de difficulté à faire admettre notamment à nos organismes de tutelle, en particulier financeurs pour lesquelles, selon le schéma logique communément admis, le symbole de l'insertion professionnelle réussie est l'obtention d'un contrat à durée indéterminée. Oui, sauf notamment pour les personnes dont nous nous occupons.

Dans ce domaine aussi, il y a un profond malentendu généré par l'obligation de résultat auquel sont soumis les organismes d'insertion : le CAP EMPLOI dont l'efficacité est mesurée au nombre de contrats de travail à durée indéterminée réalisés dans l'année civile, peut ainsi entraîner des personnes souffrant de pathologies psychiques dans une spirale d'échec d'insertion et, cerise sur le gâteau, les cataloguer ensuite, par voie de conséquence, comme « non insérables ».

Et puis on peut concevoir sans grande difficulté qu'après une hospitalisation plus ou moins longue, il faut que la personne dispose du temps nécessaire pour se resocialiser (telle personne psychotique qui écoutait de la musique jusque tard dans la nuit et dormait la journée va devoir retrouver ses repères spatio-temporels, telle autre devra retrouver le goût de l'effort...). Ensuite, nous pourrions envisager une insertion professionnelle après, tout de même, une période d'inactivité souvent longue.

Si l'on considère les difficultés à reprendre contact avec le monde du travail que rencontrent les personnes sortant d'une longue période de chômage, il est aisé d'imaginer celles vécues par un malade psychotique !... Et il faudra envisager ces périodes cycliques, ces phases régressives de quelques mois qui sont incontournables et qu'ils vivront de plus avec un sentiment de culpabilité (de ne pas avoir respecté leur contrat) s'ils sont obligés d'être de l'arrêt maladie pour rompre un contrat à durée indéterminée.

Le contrat à durée déterminée permet, pour sa part, d'éviter une telle situation : il présente l'avantage pour la personne psychotique d'être déterminé dans le temps avec une date de début et une date de fin ce qui la motivera pour le respecter. Dans la majorité des cas, lorsque nous avons pu insérer des stagiaires évalués aptes à travailler en milieu ordinaire en contrat à durée déterminée, ceux-ci ont été effectués dans leur totalité.

On le voit donc bien ici, l'insertion professionnelle ne doit pas devenir, pour la personne handicapée psychique, un enfer pavé de « nos » bonnes intentions !

Le travail est une notion délicate à traiter lorsque l'on est confronté à une demande de cette nature : une mauvaise approche peut être vecteur de résurgence pathologique, de déstabilisation (un comble !), de souffrance !

Notre responsabilité dans l'insertion professionnelle de ce type de public se retrouve également dans la symptomatologie que j'évoquais tout à l'heure : prenons le cas de troubles cénesthésiques (perturbation de l'ensemble de nos sensations internes) comme par exemple l'abrasion de sensation du toucher. Ces phénomènes kinesthésiques constituent des effets secondaires de certains neuroleptiques sédatifs. De tels troubles peuvent constituer une contre-indication pour certaines

professions (comme par exemple mécanicien automobile) où ils peuvent être à l'origine de considérables pertes de temps.

Ajoutons de plus une possibilité d'interprétation péjorative de la part d'un employeur ou de collègues de travail qui ne sont pas prévenus : dans notre inconscient collectif les difficultés de verbalisation, les tremblements etc. sont plus facilement associés à des problèmes d'alcoolisation. Personne ne fera spontanément un lien possible avec des effets secondaires de traitements médicaux !

J'insiste donc sur cette notion de responsabilité dans la prise en charge de ce type de public pour une démarche d'insertion professionnelle : c'est la raison d'être de notre concept d'évaluation. Nos expériences passées de démarches d'insertion directe nous ont enseigné que ces personnes étaient pour très peu responsables de leurs échecs, très très peu !... Les échecs rencontrés résultaient de ne pas avoir pu, à l'époque, prendre en compte la spécificité de ce type de handicap par une évaluation adaptée d'une part et d'avoir tenté de leur appliquer à toute force une démarche d'insertion normative qui ne leur correspondait pas d'autre part.

Aussi, je vous disais que sur l'ensemble de personnes souffrant de troubles psychiques et qui nous sollicitent pour trouver un emploi, il y en a environ un tiers qui possèdent véritablement la motivation, les capacités et le potentiel nécessaire pour concrétiser cette demande.

Eh bien ces personnes là il nous faut identifier. Quant aux autres, il ne s'agit en aucun cas de leur notifier une « inaptitude » mais de leur faire prendre conscience qu'au moment de leur démarche ils ne sont pas raisonnablement prêts à engager une démarche d'insertion professionnelle. Dans certains cas, ils nous remercient de ce simple constat car la demande d'aller travailler n'est pas forcément spontanément la leur mais une réponse à leur entourage qui leur reproche de « ne rien faire ». Le simple fait d'engager une démarche (s'inscrire à l'ANPE, commencer un stage...) est une tentative concrète de leur part d'avoir essayé de donner satisfaction, au moins sur le plan statutaire, à leurs proches.

Cet état plus ou moins léthargique, ne rien faire de concret de ses journées, il est difficile pour l'entourage de concevoir qu'il s'agit de l'expression de la maladie ! On étiquette plus facilement la personne de fainéantise... Mais lorsque l'on connaît la symptomatologie résiduelle de la maladie, la fatigabilité, la faiblesse musculaire, la fragilité cardiaque, la somnolence, les ralentissements psychique et moteur, les effets inhibiteurs des traitements, on perçoit mieux la raison de ce comportement, de cette passivité.

C'est curieux : quand on parle de maladie mentale on ne considère que l'aspect extérieur et le comportement. Personne ne va au-delà de la représentation de la maladie sauf peut-être les parents mais là non plus ce n'est pas simple à cause du filtre affectif qui intervient parfois cruellement.

Je viens donc de vous brosser rapidement la façon dont nous estimons devoir, en qualité d'acteurs d'insertion, aborder la réalité de la personne qui s'adresse à nous au sortir de l'hôpital. Nous laissons de côté un tableau clinique qui n'est heureusement plus d'actualité car la pathologie est dite « stabilisée »

Nous allons travailler avec une personne qui a des problèmes qui ne correspondent plus à l'expression de la pathologie dans ses épisodes aigus ou qui même ne lui sont plus directement liés.

Ces problèmes constituent ce que nous nommons « troubles résiduels » et ce sont ces troubles qui peuvent, selon leur capacité de parasitage sur le projet professionnel envisagé, moduler l'approche ergonomique de l'insertion que j'ai évoquée plus haut.

Pour en revenir à notre outil d'évaluation proprement dit, nous ne cherchons en aucun cas à mesurer des performances. Il ne s'agit donc pas d'un ensemble de tests psychométriques au sens où on l'entend classiquement en psychologie. Pour notre part, nous voulons déterminer, pour chaque capacité retenue dans le cadre de cette évaluation, comment la personne se situe par rapport à un seuil minimal en deçà duquel on peut craindre des situations à problématiques en emploi.

Ces seuils ont été déterminés par un étalonnage auprès d'une population standard de personnes en emploi dans les secteurs professionnels les plus représentatifs d'insertion pour notre public.

Il est à noter que cet étalonnage est très important et intéressant car il est évident que les défaillances constatées dans certaines capacités (mémorisation, tremblements, par exemple) ne sont pas l'apanage des troubles résiduels psychiques et nous avons également dû prendre ceci en compte.

Chaque item de l'évaluation est décliné selon un protocole identique : sémantique, critère, situation d'exercice, consigne orale ou écrite pour la passation, notation.

C'est cette notation qui, pour chaque item, va positionner le stagiaire sur la grille de résultats par rapport au seuil de capacité étalonné.

Lors du bilan de l'évaluation, nous aurons une lecture des capacités de la personne pour chaque symptôme de la grille. Cette lecture, ceci est capital, est objective sur le potentiel de la personne évaluée. Nous n'avons plus la subjectivité parasite liée à une capitalisation de faits observables : vous savez bien que lorsque l'on observe quelqu'un et que l'on doit fournir des éléments d'appréciation à partir de telles observations, nous sommes à la merci de notre humeur du moment, de notre sensibilité, de notre caractère, du capital de sympathie dégagé par la personne etc. Nous voulons lui faire prendre conscience de la réalité de ses possibilités et réaliser l'adéquation de son désir et de cette réalité sans mettre à mal sa valorisation.

Prenons un exemple caricatural : un stagiaire, ancien universitaire, touché par la maladie avant la fin de son cursus, mais possédant désormais un niveau réel bien dégradé par la pathologie. Son ambition professionnelle est de devenir pilote d'avion. Si nous lui répondons : « banco » mais dans un premier temps, il faut d'abord connaître la mécanique et il faut aussi que tu reprennes tes études. Il sera d'abord surpris car il avait mis volontairement la barre de son ambition très haut. Donc, il va commencer à travailler en mécanique et avec un peu de chance il y restera mais dans son esprit ce sera toujours dans la perspective de faire un autre métier plus valorisant ! Parallèlement il sera inscrit à des cours par correspondance qu'il ne suivra d'ailleurs pas vraiment mais ce n'est pas l'important : il est aujourd'hui inséré, équilibré, il a rejoint la normalité. Avec un projet certes utopique mais qui maintient sa valorisation : déjà frappé par la maladie qui l'a contraint à interrompre ses études, vous auriez voulu lui faire vivre un deuxième échec en lui cassant son rêve professionnel ?

Nous allons maintenant voir un peu plus en détail l'ensemble des 29 items du TACTIS.

Tout d'abord l'organisation temporelle et l'orientation spatiale : la psychose et en particulier la schizophrénie ont pour caractéristiques de comportement le repli sur soi, la distanciation corporelle, le désintérêt pour l'extérieur, ainsi que des conduites de refus comme la claustration, rester au lit etc. Vous voyez donc bien là qu'il nous faut, si l'on envisage une activité professionnelle, nous assurer que la personne ait retrouvé ses repères temporeux spatiaux (se diriger dans la ville, rythmer le déroulement de la journée, pouvoir supporter de rester plusieurs heures dans un lieu parfois clos etc.).

Le sens tactile : eh bien son altération est liée à certaines spécialités neuroleptiques sédatives prescrites pour contrer l'agitation, l'anxiété et les délires schizophréniques mais qui parallèlement, ont hélas des effets secondaires kinesthésiques.

Je ne reviens pas sur l'item de la vitesse d'idéation que nous avons longuement abordé tout à l'heure. Je précise simplement ici que c'est un critère d'évaluation important car la faculté d'idéation est une capacité essentielle dans la majorité des emplois. Notons que sur cette capacité particulière, nous travaillons en lien avec le CNRS qui est intéressé par notre approche dans le cadre de ses propres travaux.

J'aborde maintenant l'item de la mémorisation : dans ce domaine également la pathologie et les traitements peuvent altérer gravement les « neuro-médiateurs » et « neuro-modulateurs » qui jouent un rôle prépondérant dans le processus de mémorisation.

Vous savez sans doute que l'on fait depuis longtemps une distinction entre la mémoire immédiate, à court terme et différée à long terme. Nous allons évaluer à quel degré sont éventuellement affectées chacune de ces mémoires sachant qu'un important déficit dans son organisation d'ensemble peut constituer un réel handicap.

Dans l'évaluation, nous allons aussi aborder le domaine des connaissances scolaires. Depuis plusieurs années, avec l'allongement des cursus d'enseignement, la maladie frappe de plus en plus fréquemment de jeunes adultes qui n'ont jamais été confrontés au monde du travail. Ils n'ont pour tout repère pour envisager un projet professionnel que leurs acquis scolaires ou universitaires. Il est dès lors indispensable de mesurer le décalage entre le niveau d'études validé antérieurement à la survenue de la pathologie ou du parcours d'hospitalisation et le niveau réel actuel. Car dans la majorité des cas, d'importantes déperditions sont survenues qu'il va leur falloir accepter. Cet item constitue donc aussi en quelque sorte une auto-évaluation.

L'item suivant : « assimilation des consignes » permet de mesurer la capacité à mettre en synergie la mémorisation, l'attention et l'idéation évaluées individuellement par ailleurs. Dès lors, on comprend bien que les résultats obtenus pour cet item seront déterminants pour pronostiquer la capacité à réaliser des tâches professionnelles complexes.

L'item « apprentissage » met en œuvre le « Test d'Evaluation Dynamique de l'Educabilité » qui permettra de déterminer si, au plan cognitif, la personne dispose d'un potentiel d'apprentissage suffisant pour éventuellement, dans le cadre de son projet professionnel, envisager une formation préalable.

Le test de « résistance à l'effort » permet de mesurer les effets secondaires conjugués, souvent importants, des neuroleptiques et des antidépresseurs sur la tonicité musculaire et les phénomènes cardio-vasculaires. Il faut donc avoir présent à l'esprit qu'une personne malade psychique, qui n'est pas visiblement atteinte dans son intégrité physique et paraît solide et bien portante, peut totalement manquer de tonicité, être exposée à des problèmes cardiaques (chutes de tension), manquer totalement de goût pour tout effort physique. Tout ceci, j'insiste à nouveau, est généré par les médicaments et sans lien direct avec la pathologie. C'est à nouveau là un bel exemple de possible malentendu entre la perception que l'on pourra avoir de cette personne et sa réalité. Là aussi la nécessité d'une évaluation est évidente.

La coordination gestuelle, autre item de l'évaluation, concerne les troubles neurologiques au niveau du contrôle des mouvements de la main et des doigts (qui dépend du système pyramidal du cerveau) et des mouvements globaux et automatiques (qui dépend du système extra-pyramidal). Ces désordres sont aussi à mettre au compte des anxyolitiques et neuroleptiques.

J'ouvre ici une parenthèse : vous constatez qu'un grand nombre de troubles résiduels trouve son origine dans les neuroleptiques. Vous voyez bien l'impact des traitements, les désagréments qu'ils

occasionnent et vous pouvez comprendre que les malades soient tentés de les interrompre tant qu'il n'ont pas intégré que cette option, si elle peut à court terme leur donner l'illusion d'un mieux-être les conduit inéluctablement à une rechute dans la maladie.

La vitesse motrice : la catatonie est l'un des syndromes de certaines formes de schizophrénies : il s'agit de troubles psychomoteurs dont l'expression peut être, entre autres, des stéréotypies gestuelles : on peut noter par exemple la manifestation d'une démarche talonnière. Mais le test concerne aussi les membres supérieurs : les répétitions automatiques et inadaptées aux situations de mouvements peuvent constituer un handicap. Notez que ce type de troubles figure au nombre des effets indésirables de certains neuroleptiques.

La dextérité manuelle : de plus en plus fréquemment, avec l'évolution de la société et l'allongement de la durée des études, la maladie intervient en cours ou en fin de cursus scolaire. La majorité des secteurs professionnels dans lesquels sont développés les projets professionnels et réalisés les placements en emploi pour notre public nécessitent des aptitudes manuelles qu'il est donc nécessaire d'évaluer.

Les aptitudes techniques : nous touchons là un point très important qui peut être fortement altéré par la maladie : il s'agit de la capacité à réaliser un travail à partir de sa représentation terminée. Bien souvent, dans le monde professionnel comme dans la vie courante il est nécessaire de travailler sur plan (prenons le cas du secteur du bâtiment !) ou à partir de notices.

La vigilance : la personne est-elle capable de percevoir et par conséquent, de réagir de façon pertinente, aux événements survenant dans son environnement de travail ? Une altération excessive de cette capacité peut être handicapante dans l'exercice d'une profession (on pense notamment à la sécurité).

Gestion des ressources attentionnelles : ce test est important à double titre : tout d'abord il concerne un problème important chez les personnes psychotiques : l'impossibilité de se concentrer sur une activité ce qui les fait renoncer et entraîne un manque de goût pour toute activité. Cet état peut d'ailleurs être assimilé à tort à de la fainéantise.

D'autre part, ce test donnera également un pronostic de réussite dans des professions nécessitant attention visuelle et concentration.

Dans la sphère relationnelle, n'oublions pas que les psychoses sont des troubles mentaux d'altération de la personnalité et de bouleversement des rapports à la réalité et donc aux autres. Nous allons être fréquemment confrontés, de façon pathologique résiduelle, à des troubles de l'affectivité, du caractère voire à des anomalies de comportement. L'insertion professionnelle ne permet généralement pas de faire l'impasse sur la relation aux autres : capacités relationnelles et aptitudes à l'échange mais aussi capacité à s'intégrer dans un groupe. Nous allons donc évaluer autant la capacité à développer des relations avec autrui qu'un tissu relationnel interpersonnel ou encore la capacité à respecter des règles déterminées par un règlement (acceptation des lois et règles) ou encore les codes sociaux usuels (rapports avec la hiérarchie).

Accepter les lois et règles c'est important pour eux autant dans la vie sociale que professionnelle : il ne faut pas leur donner la possibilité de se retrancher dans leur statut de malades pour s'affranchir de contraintes incontournables pour une vie harmonieuse en société : par exemple en appartement respecter les règles relatives aux nuisances sonores (la télévision ou la musique à fort volume en pleine nuit....) même si cela les contrarie et les empêche de vivre un désir, une pulsion.

S'ils ne sont désormais plus dans l'univers particulier de l'établissement psychiatrique, il doivent se conformer aux lois en vigueur ou aux règles usuelles de la vie en société de la même façon que nous devons accepter leurs différences.

L'item « indépendance sociale » nous permettra de mesurer la capacité d'autonomie sociale de la personne : il est évident que le travail d'insertion professionnelle au profit de ce public doit en tenir le plus grand compte : l'emploi recherché doit être compatible en termes de gestion des contraintes de vie courante qu'il peut entraîner (horaires...) de déplacements (permis de conduire ou aptitude à utiliser les transports en commun...).

Il est essentiel aussi que l'obtention d'un emploi n'entraîne pas une fragilisation sociale de la personne dans ce domaine. Certaines situations légales peuvent également, si l'on n'y prend garde, constituer des obstacles à l'intégration sociale : je pense aux personnes sous tutelle auxquelles le tuteur alloue périodiquement une certaine somme d'argent pour ses besoins quotidiens. Il faut maintenir une certaine cohérence dans la valorisation de l'obtention d'un emploi : lui permettre en quelque sorte de profiter des fruits de ses efforts en augmentant la somme d'argent dont elle peut disposer.

Le sens de l'organisation (utiliser une approche méthodique pour mener à bien un travail) fait partie des capacités gérées par le cortex cérébral et pouvant être affectées par la pathologie.

L'adaptabilité rejoint l'auto-organisation c'est à dire la faculté du cerveau de mettre en place des processus et stratégies afin de surmonter une difficulté. L'épreuve de l'item utilise un test mis au point par Jacques LAUTREY (professeur de psychologie à l'université Paris 5) dans le cadre de son étude sur « développement et éducation ».

Les impatiences désignent l'incapacité à rester durablement assis ou debout sans bouger. Effet indésirable des neuroleptiques, la personne éprouve la nécessité de mobiliser les membres inférieurs et/ou supérieurs. Cela peut aller de stéréotypes (balancement des jambes...) au besoin impérieux d'abandonner une action, quitter un local... Ces impatiences, si elles sont très fréquentes et manifestes, peuvent être très pénibles autant pour l'entourage que pour la personne elle-même. Notez que les spécialités récentes dans les traitements génèrent moins d'effets secondaires de ce type.

Pour mesurer les différents troubles de l'attention, le TACTIS s'appuie sur deux items : l'attention et la gestion du stress qui sont deux tests ayant pour objectif d'évaluer chacun des processus attentionnels : l'attention soutenue c'est à dire pouvoir maintenir son attention pendant un temps suffisamment long pour capter sans erreur une information précise et l'attention sélective où l'on mesure cette capacité de maintien de l'attention alors que des éléments de l'environnement peuvent distraire (bruits incongrus, paroles...). On génère alors une situation de stress et il est également important de mesurer comment celle-ci est gérée car il s'agit de situations fréquentes en entreprise.

L'autonomie professionnelle : dans des situations imprévues au travail, la personne va-t-elle parvenir à dépasser la difficulté ? Cela peut être difficile si, bien que sortie de la phase active de la maladie, elle conserve des habitudes d'un mode de vie protégé, assisté voire totalement déresponsabilisé.

L'item curiosité concerne l'impact négatif des actions sédatives de certains traitements qui entraînent passivité, ralentissement psychique et indifférence pour tout ce qui entoure le sujet. Cet item peut être un indicateur précieux sur la capacité de mobilisation de la curiosité intellectuelle et le dynamisme d'apprentissage dans la perspective d'une formation.

La gestion des frustrations est un important révélateur de manifestations pathologiques comme le délire de préjudice, une affectivité perturbée, une excessive dépréciation de soi ou à l'inverse des manifestations disproportionnées de colère, une sensibilité extrême aux émotions. On imagine sans

difficulté que d'importantes difficultés relationnelles peuvent survenir dans les échanges avec des personnes qui auraient des réactions disproportionnées dans des situations frustrantes habituellement rencontrées dans le vécu professionnel.

Je reviens aussi maintenant pour ajouter quelques mots sur la gestion du stress : il ne se passe pas un jour, actuellement, où les problèmes de stress au travail ne soient pas évoqués pour des personnes sans problème psychique avéré. On comprend d'autant mieux que pour des personnes handicapées par d'autres difficultés qu'elles ont à gérer (problèmes physique et comportementaux qui les stigmatisent et qu'elles s'efforcent de contrôler) le stress au travail puisse prendre un sens et une importance toute particulière.

Un des items est consacré à l'auto-évaluation : car par rapport à la pathologie, une personne souffrant d'une psychose de type paranoïde pourra s'estimer « capable de tout » alors qu'un schizophrène peut se dévaloriser en ne s'estimant plus bon à rien. Il nous faut donc mesurer la capacité de la personne à exercer une critique sur elle-même, à accepter « la réalité » sur son potentiel exprimé en psychométrie et ses capacités sur le plan psychotechnique.

Cette auto-évaluation s'applique donc sur certains items répartis dans chaque catégorie de capacités.

Nous avons donc évoqué succinctement l'ensemble des items. Je souhaite ajouter, avant de répondre à vos questions, que vous avez pu mesurer l'impact des troubles résiduels et des effets secondaires des traitements (dans la majorité des cas les deux phénomènes sont associés et se majorent !...) et que cet impact se manifeste dans un nombre somme toute important de capacités (nous touchons quand même au cognitif, au technique, au comportemental et aux manifestations physio et socio-pathologiques qui constituent les quatre points cardinaux de la vie socio-professionnelle).

Pour cette raison, ainsi que je l'évoquais précédemment, une partie minoritaire des personnes désireuses de travailler disposent d'un seuil de capacités suffisant pour envisager avec optimisme une insertion professionnelle.

Mais la lisibilité de la symptomatologie obtenue permet de les identifier.

Alors que si nous abordions l'expression de ces troubles de façon globale, nous concluons rapidement que ces personnes malades psychiques ne sont de toute façon pas insérables...

L'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques est envisageable mais sous certaines conditions et pas de n'importe quelle façon. Il faut garder présent à l'esprit qu'il s'agit de maladies évolutives : votre enfant qui ne peut pas envisager d'activité professionnelle aujourd'hui y parviendra peut-être demain. L'expérience montre que des personnes qui sortent de périodes d'hospitalisations sur plusieurs années retrouvent des capacités professionnelles et les progrès des traitements y contribuent aussi beaucoup.

Aujourd'hui, les nouvelles spécialités qui remplacent progressivement des neuroleptiques d'ancienne génération permettent de minorer les effets secondaires même si l'effet combinatoire des troubles résiduels d'une maladie dont on ne guérit pas et de traitements chimiques puissants ne disparaîtront jamais totalement.

Je veux aussi souligner que dans la psychose, ce qui est important c'est la notion de désir, le désir exprimé par soi-même mais aussi la satisfaction du désir de l'autre et qu'il faut veiller à ce que le désir d'insertion professionnelle que la personne exprime corresponde bien à son propre désir et non pas à sa résignation à satisfaire un tiers (famille ou autre) par culpabilité. On n'aborde pas et on n'« adapte »

pas le handicap psychique à la fonction travail comme on peut le faire avec le handicap physique ou sensoriel.

C'est ce qui fait toute la difficulté de la prise en charge de ce public par des professionnels généralistes comme l'Agence Nationale pour l'Emploi ou même les Cap Emploi qui peuvent être désarmés par l'absence de lisibilité de la pathologie, le temps d'écoute nécessaire et le « décodage » de la demande qui est réellement exprimée par la personne : les conseillers ne sont généralement pas préparés à recevoir une personne (souvent d'apparence normale) qui va leur exposer des problèmes à mille lieux de l'insertion professionnelle, qui va multiplier les rendez-vous et les entretiens sans réelle intention de trouver un emploi car tout ce qu'elle recherche c'est de s'inscrire socialement en « cherchant du travail » sans nécessairement vouloir « l'obtenir » (ce qui à notre époque peut légitimement être désarmant pour l'interlocuteur!...). Tout ceci est extrêmement complexe autant sur le plan de l'approche humaine que de la prise en charge plus technique.

Question dans la salle

Eh bien sur environ une centaine de personne accueillies dans le cadre des stages d'évaluation, trente à quarante d'entre elles seront insérées en milieu ordinaire de travail. Ce nombre est bien sûr fluctuant car la COTOREP qui est notre prescripteur principal nous adresse les personnes aux fins de préconisation d'orientation sans vérification préalable de motivation de la démarche de la part des intéressés.

C'est pour cette raison que l'admission en stage d'évaluation est précédée par un pré-stage de vérification de ce que nous nommons les « pré-requis » (vérification de la stabilisation de la pathologie, motivation etc.)

Le stage dure quant à lui onze semaines pendant lesquelles va se dérouler l'évaluation avec deux approches : celle que nous avons dénommée psychométrique : il s'agit des exercices correspondant aux items que je viens d'évoquer et visant à déterminer un seuil d'aptitude par rapport à un potentiel.

L'autre approche, que nous avons dénommée psychotechnique, se déroule dans un cadre de travail avec les contraintes qui s'y rapportent. Les mêmes items y sont évalués sur des supports professionnels et visent à déterminer la capacité à mettre effectivement en œuvre ce potentiel.

Le bilan de fin de stage fait la synthèse de ces constat pour déterminer un « taux d'employabilité ». On peut ainsi pronostiquer avec une plus grande précision la réussite potentiel d'une insertion professionnelle : une personne révélant un potentiel plus limité mais bien exploité en situation de travail bénéficiera d'un pronostic plus favorable qu'une personne ayant un bon potentiel qui sera sous-employé en atelier pédagogique.

Parallèlement au processus d'évaluation, le déroulement du stage a aussi d'une certaine façon une fonction « curative » puisque le stagiaire est soumis aux contraintes d'un règlement intérieur (horaires, tenues etc.) et aussi à la production d'un travail (simulation en atelier des exigences de l'entreprise). Il y réapprend donc le sens du rythme social, de la valeur à ses efforts.

Question dans la salle

L'intérêt des pré-requis que j'évoquais tout à l'heure c'est de ne pas engager directement une personne dans un processus d'évaluation avant d'avoir vérifié ces trois points : l'absence de déni de la pathologie (les personnes suivant le stage d'évaluation, pour retirer quelque bénéfice du stage et s'approprier le bilan de l'évaluation doivent reconnaître l'origine des troubles dont elles souffrent), la stabilisation

des troubles, le suivi psychiatrique et le respect du traitement, et enfin les minima requis sur le plan de la sociabilité et de l'autonomie pour suivre le stage dans de bonnes conditions.

Bien sûr, cette pré-évaluation de courte durée (dix jours ouvrables) ne garantit pas, après l'admission en stage, contre l'émergence de perturbations : montée d'angoisse à la perspective de poser en acte (suivre le stage) ce qui était une démarche (s'inscrire) conduisant à l'absentéisme voire à l'abandon, parfois rapidement !... D'autre part nos stages sont structurés pour respecter une progressivité de l'effort à fournir de la part des stagiaires. Ainsi plus le stage progresse, plus leurs ressources vont être sollicitées (résistance à l'effort, fatigabilité...) en particulier pendant les phases de situations de travail en atelier. Cela peut conduire le stagiaire à renoncer à poursuivre son stage. L'avantage c'est que ce constat d'échec, fait par le stagiaire lui-même sera accompagné par les formateurs, la psychologue. Il n'aura pas l'impact destructeur qu'aurait eu un échec vécu brutalement dans le cadre d'un placement direct en entreprise.

Ainsi, il est exact que nous ne savons jamais combien parmi les stagiaires admis dans une session parviendront à la fin de l'évaluation. Mais nous savons que les renoncations en cours de stages seront vécues par les stagiaires aussi positivement que possible.

Après le bilan de l'évaluation il arrive aussi que le stagiaire ne souhaite pas concrétiser l'insertion : être apte au travail ne signifie pas obligatoirement qu'il veuille travailler. Il faut respecter ce simple désir d'inscription de reconnaissance sociale : ils sont aptes à travailler, eux qui sont souvent dévalorisés en raison de leur maladie, stigmatisés comme étant incapable de faire quoi que ce soit, léthargiques, « glandeurs » etc. Ainsi, certains d'entre eux nous sollicitent-ils pour informer leurs parents, leur tuteur, des conclusions positives du bilan d'évaluation. Ce simple constat d'aptitude participe à leur mieux-être et en cela il a déjà toute son importance.

Mais cela signifie aussi que nous aurons une nouvelle déperdition sur le nombre de stagiaires qui seront effectivement pris en charge par notre service emploi.

Je précise aussi que le bilan est écrit pour le prescripteur bien sûr mais reste simplement oral pour le bénéficiaire. En effet, s'agissant de pathologies évolutives, une préconisation d'orientation peut ne demeurer valable qu'à court terme. Nous ne souhaitons pas qu'une attestation écrite de fin de stage puisse être utilisée ultérieurement par le stagiaire vis à vis d'organismes comme l'ANPE alors que l'état de la personne ne correspond plus aux conclusions d'alors. Je précise que cette prévention sur la durée de validité (maximum de trois mois) du bilan de stage figure aussi sur les documents transmis aux prescripteurs, notamment à la COTOREP.

Question dans la salle

Puisque nous avons des personnes de la COTOREP dans la salle, je précise, concernant le nombre de personnes handicapées psychiques reconnues par la COTOREP par rapport aux autres handicaps, qu'il est très difficile de le déterminer ce qui est regrettable car nous en sommes réduits à mettre en place notre propre observatoire pour savoir quelle est la demande, quels sont les besoins pour la pathologie mentale. Il suffirait peut-être d'une simple adaptation administrative comme d'ajouter un repère lettré dans un formulaire pour faciliter grandement les choses sur ce plan. Nous serions ainsi plus à même de communiquer des données actualisées à des organismes de tutelle qui nous interrogent assez fréquemment sur le nombre de handicapés psychique demandeurs d'emploi par département par exemple. Aussi, si aucun critère comme la confidentialité par exemple ne s'y oppose formellement, une telle amélioration nous simplifierait grandement les choses.

Lorsque l'AGEFIPH nous demande de justifier par des critères quantitatifs de prise en charge les montants des subventions demandées que pouvons nous actuellement lui répondre ? L'hôpital

psychiatrique ne peut lui même nous fournir de données statistiques en raison de l'évolution des parcours d'hospitalisation : diversification des suivis en dehors de la structure hospitalière, externalisation des soins...

A ce propos le cliché d'enfermement associé à l'hôpital psychiatrique n'est plus d'actualité ! La majorité des personnes hospitalisées dans des établissements spécialisés bénéficient d'un environnement hospitalier de soin standard (renforcé par la charte des droits de l'utilisateur). Les hospitalisations d'office ou à la demande d'un tiers ne concernent qu'une petite partie des patients.

Question dans la salle

Lorient se trouve dans le Morbihan, en sud Bretagne. La majorité des emplois sont en rapport avec le secteur du tourisme. L'annualisation du temps de travail est une aubaine pour nous et correspond à ce que je disais précédemment : ils peuvent ne travailler effectivement que six mois tout en étant employé à l'année ce qui correspond aussi aux cycles d'activités touristiques car avec l'évolution de la société, le temps libre, le développement des loisirs au profit du troisième âge, l'activité touristique ne se limite plus aux seuls mois d'été et périodes scolaires.

Bien sûr cela équivaut à un travail à mi-temps et bien évidemment ils ne sont pas rémunérés à taux plein mais cette politique d'annualisation, d'après ce que nous pouvons constater, contribue à renforcer une certaine stabilisation en emploi pour notre public.

Je rappelle qu'à l'inverse, les contrats à durée indéterminée génèrent un fort taux de rupture bien que, en toute logique, c'est le type de contrat qui semble a priori la référence du succès de l'insertion y compris pour nos financeurs et les organismes de placement professionnel.

Question dans la salle

Il y a, en fait, un très petit nombre de Centre d'Aide par le Travail qui soient spécifiquement dédiés à la maladie mentale car ce handicap est très peu compatible avec les contraintes économiques auxquelles sont soumis ces établissements. Ne serait ce que le phénomène d'absentéisme par exemple. Ce qui est gérable au cas par cas pour quelques personnes malades mentales insérées dans des équipes qui compensent et soutiennent les impératifs de production ne l'est plus si tous les travailleurs sont potentiellement susceptibles d'être défaillants sur les mêmes contraintes.

Question dans la salle

Cela fait partie de nos préconisations : la COTOREP nous adresse une personne aux fins d'évaluation. A l'issue de celle-ci la conclusion du bilan de stage peut éventuellement être une orientation vers un centre de post-cure si l'évaluation a révélé la nécessité de consolider une réadaptation inaboutie. Le centre de post-cure pourra ultérieurement nous adresser à nouveau cette personne pour parachever son évaluation et reprendre son parcours d'insertion.

En ce qui concerne l'orientation vers un C.A.T. je veux revenir ici sur ce que l'on appelle l'effet miroir. Nous avons vu pour quelles raisons il existe très peu de structure de ce type dédiés à la maladie mentale. Mais par ailleurs, dans les C.A.T. poly-handicaps ou la majorité des personnes qui y travaillent souffrent de handicap physique, cela convient plutôt bien à la personne souffrant de handicap psychique.

Nous avons notre propre exemple car notre atelier pédagogique cuisine se trouve dans une Maison d'Accueil Spécialisée pour handicapés physiques où le service en salle pour la restauration est assuré

par une équipe de CAT souffrant de troubles psychiques. La mixité des handicap ne pose pas de problèmes particuliers. Mais lorsque l'on veut faire travailler ensemble des déficients intellectuels avec des handicapés psychiques, cela pose beaucoup de problèmes par rapport à l'image que les premiers renvoient aux seconds et cela peut se comprendre.

Question dans la salle

Sous réserve des résultats obtenus au Test d'Evaluation Dynamique de l'Educabilité (T.E.D.E.) c'est à dire que nous ne les orientons pas vers une formation pour satisfaire leur désir de se former sans nous être au préalable assuré d'un potentiel minimal en capacités d'apprentissage.

Mais pour palier ces difficultés, lorsque cela est possible, nous pouvons aussi travailler en partenariat avec l'AFPA pour tenter d'adapter des dispositifs de formation professionnelle au rythme souvent intensif en unités capitalisables.

C'est à dire qu'une formation prévue en modules successifs sur six ou neuf mois, nous allons proposer de l'aménager par paliers pour notre public : un module de formation, une expérimentation et une acquisition des savoirs puis une mise en pratique sur le terrain à leur rythme avant une intégration dans un autre groupe en formation pour l'apprentissage du module suivant et ainsi de suite.

Ainsi en mettant en place une adaptation du facteur « temps » il peuvent accéder comme tout un chacun à une formation qualifiante alors que s'ils restaient dans le dispositif commun il s'exposaient à un échec quasi certain.

Cela nous semble un bon compromis : ce n'est certes pas aux dispositifs de formation de s'adapter aux personnes handicapées mais il faut que ces dernières puissent néanmoins y accéder en dépit de leurs difficultés.

Nous sommes pour une adaptation souple des dispositifs commun existants et non pour une prise en charge dans des organismes de formation spécialisés.

Question dans la salle

Nous ne faisons pas appel aux centres de réadaptation pour les projets de formation, essentiellement en raison de leurs implantations géographiques. Nous sommes en Bretagne et s'il faut adresser une personne dans le Var, par exemple, vous comprendrez que la démarche d'entreprendre une formation est déjà suffisamment difficile à appréhender pour que nous n'y ajoutions pas la contrainte d'un déplacement géographique important et probablement pour une durée assez longue.

D'autre part, nous nous sommes rendus compte qu'en mettant en place des dispositifs adaptés avec des organismes de formation grand public, les résultats obtenus étaient intéressants car le fait d'être insérés dans un dispositif de formation standard « tire nos stagiaires vers le haut » en tendant à les rapprocher de la normalité alors que prendre prioritairement leur handicap en considération nivellerait leur progression.

Il existe dans l'immersion avec le public lambda une émulation qui va les entraîner à donner le maximum de leurs ressources. A quoi s'ajoute pour eux, bien sûr, la satisfaction d'avoir fait aussi bien que les autres.

Car pour résumer l'objet de notre réunion d'aujourd'hui, nous parlons bien de faire en sorte qu'ils travaillent non pas COMME les autres mais AVEC les autres.

Question dans la salle

Nous n'envisageons pas de travailler l'insertion professionnelle sans être passé par le filtre de l'évaluation au préalable. Quand on considère la complexité de la symptomatologie que nous avons évoquée tout à l'heure, et parallèlement la simplicité de la demande de la personne, l'on mesure la responsabilité que l'on prend par les risques que l'on fait courir à la personne !

Vous savez, c'est toujours un peu irritant quand un prescripteur ou un financeur laisse percevoir dans son discours que finalement les personnes souffrant de maladie mentale ne sont pas insérables ou que ces actions ont un coût excessif...

Parallèlement il existe des structures hospitalières qui travaillent sur le champ de l'insertion professionnelle et qui disposent de dix-sept soignants pour quinze bénéficiaires !

Lorsque l'on raisonne sur un plan budgétaire il est alors effectivement difficile de crédibiliser la notion d'insertion au profit de personnes handicapées par la maladie psychique. Nous n'avons pas, pour notre part, cette approche de l'insertion : la personne doit s'investir, prendre sur elle. Je répète à nouveau que l'insertion professionnelle de ces personnes est possible mais sous certaines conditions et pas n'importe comment.

Question dans la salle

Vous pouvez venir nous rencontrer à Lorient si vous le souhaitez. Le TACTIS a été modélisé dans plusieurs établissements de la région Nord - Pas de Calais, il est également prévu de le mettre en place dans la région parisienne, dans le Rhône-Alpes, dans la région PACA ...

Nous développons une diffusion du concept au niveau national parce que l'embryon de réponse que nous fournissons aujourd'hui contribue à répondre aux questionnements de plus en plus incisifs sur le plan socio professionnel qu'entraînent la politique de fermeture des lits des hôpitaux, l'amélioration des spécialités pharmaceutiques, les attentes de plus en plus exigeantes des usagers et de leurs proches...

Nous allons devoir permettre à un nombre croissant de personnes souffrant de troubles psychiques de trouver une véritable place dans la société : place sociale dans le tissu urbain en se donnant les moyens d'un accompagnement adapté et existence citoyenne par l'accès à l'activité professionnelle. J'ai eu l'occasion d'échanger à ce propos avec Madame BOISSEAU, notre actuelle secrétaire d'état aux handicapés qui semble avoir pris la mesure du problème qui se présente à nous : il n'est pas possible de réduire la durée de prise en charge dans les hôpitaux psychiatriques sans transférer la continuité de cette prise en charge à l'extérieur.

Notons que lorsque qu'un poste d'infirmier est supprimé en hôpital psychiatrique, il ne génère que la contrepartie de 0,25 poste en accompagnement extérieur ce qui entraîne un appauvrissement progressif des moyens de la psychiatrie.

Ce sont donc les associations comme la notre ainsi que les structures d'insertion comme les CAP EMPLOI qui vont être sollicitées pour palier ces insuffisances et fournir des solutions.

Il faut mentionner aussi la diversité d'organisation et de prise en compte de ces problèmes selon les régions. Pour ne prendre que l'exemple de la COTOREP, il est vrai qu'étant reconnus dans le Morbihan, nous n'éprouvons aucune difficulté à travailler avec notre prescripteur principal. Mais

nous avons pu constater que dans d'autres régions comme le Nord-Pas de Calais, par exemple, l'appréhension, l'appréciation des handicaps liés aux pathologies mentales n'étaient pas du tout les mêmes. Nous avons contribué à aider ces structures à trouver des solutions à ce type de problèmes !...

Question dans la salle

Majoritairement des psychoses pour 95 % des bénéficiaires., le reste étant affecté de névroses graves. Nous ne prenons pas en stage de personnes souffrant de conduites addictives dans le cadre des reconnaissances COTOREP.

Question dans la salle

Un médecin psychiatre vacataire pratique au cours du stage une évaluation d'après la Classification statistique Internationale des Maladie et des problèmes de santé connexes (CIM 10).

Le chapitre 5 de cette classification concerne les troubles mentaux et du comportement, codés par une lettre : « F » et soixante-dix huit catégories chiffrées de 00 à 99.

La CIM 10 est la base d'une famille de classification dont la Classification Internationale des Handicaps (CIH) elle-même issue des travaux de WOOD en 1980 et répertoriant les déficiences (CIM 10) , incapacités et désavantages (domaines d'action de la réadaptation).

La CIM 10 se différencie du manuel statistique diagnostique pour les maladies mentales (DSM) créé aux Etats-Unis qui connaît un succès considérable outre-atlantique et en France où il est de plus en plus utilisé dans les institutions médico-sociales (CAT, CMP, CMPP etc...) mais dont l'approche est controversée par certains courants de psychiatrie.

L'apport de la CIM 10, en ce qui nous concerne, nous permet de faire un lien entre la prégnance de la pathologie (avec je le rappelle une prise en charge majoritaire de psychoses lourdes et déficitaires) la gravité du handicap et une lecture objective des résultats obtenus en termes d'insertion, de placement et de suivi en emploi.