

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2020

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES DE MEDECINE DU TRAVAIL

par

Rémy FATRAS

Né le 21 Mars 1988 à Clichy la Garenne

Présentée et soutenue publiquement le 05/10/2020

« Insertion professionnelle et schizophrénie : évaluation d'un Entretien-Conseil-Emploi réalisé en milieu sanitaire par un binôme médecin du travail et chargé d'insertion (conseiller en emploi accompagné) »

Président : Madame la Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Directeur de thèse : Dr Marion CHIRIO-ESPITALIER

Remerciements

Merci Madame le professeur Marie Grall-Bronnec, présidente du jury de cette thèse, de me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse et d'accepter de juger mon travail.

Merci Madame le docteur Marion Chirio-Espitalier, directrice de thèse. Je la remercie de m'avoir tant accompagné dans ce travail. Un soutien sans faille, une extrême bienveillance, une grande ouverture d'esprit. MERCI de m'avoir fait découvrir la « réhab' » au sein d'une équipe soudée, et permis de dépasser la stigmatisation du handicap psychique.

Merci Monsieur le professeur Jean-Dominique Dewitte, pour l'honneur qu'il me fait d'être membre du jury de cette thèse. Je lui suis très reconnaissant d'accepter de juger mon travail.

Merci Monsieur le professeur Yves Roquelaure, je le remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail, et de prendre part à mon jury. Je lui en suis très reconnaissant.

Merci Madame le docteur Véronique FRAMPAS qui a accepté de faire partie du jury de cette thèse et d'apporter son regard avisé en jugeant cette thèse.

Merci à toute l'équipe du CReSERC, Delphine, Mireille, Yves-Antoine, Elisabeth, Leslie, Malory, Marine, Ciel, Aurore S., Alexandra, Chloé, Aurore C., Andoni, Chantale, Pierre, Christelle, Nathalie, Valérie, Alain. Merci pour cette année nourrissante passée à vos côtés. ETP, temps de lien, écoute empathique, bienveillance, non-jugement, rétablissement... Tant de richesses que je garderai précieusement.

Merci à toute l'équipe de l'ADAPEI et d'Emploi Accompagné 44. Mr Citeau, Sébastien, Sandy, Lucile, Hélène et Marie-Catherine. Merci pour nos échanges nourrissants lors de ce travail. Merci de m'avoir fait découvrir la méthode IPS et le principe de zéro exclusion. Merci de distiller l'espoir à tous ces gens qui en ont besoin.

Merci Melissa de m'accompagner depuis toutes ces années. Merci pour la richesse de tout ce qu'on vit. Merci d'avoir toujours les yeux rivés vers l'horizon, de croire en tes rêves et d'y foncer. Merci pour ce magnifique Malo que tu nous as donné. Merci pour ce qui nous attend ! Je t'aime.

Merci Maman, de n'avoir jamais cessé de croire en moi. Merci de m'avoir appris qu'on a toujours à apprendre de qui que ce soit. De ne garder que ce qu'il y a de bon, et de faire abstraction du reste. Merci d'être une grande âme de ce monde. Merci d'être toi.

Merci Papa, de n'avoir jamais cessé d'être un père. Merci de prendre le temps d'écouter, et de parler, d'avoir su accueillir et dédramatiser les peurs. Merci de m'avoir appris à trouver la poésie dans tout ce qui nous entoure. Merci d'être toi.

Merci à mon jumeau Bruno, ma moitié, mon meilleur pote. Merci pour ces milliers de souvenirs avec toi, pour ces années de magique musique jusqu'au Zénith de Toulon. Merci d'être quelqu'un d'aussi complexe. L'important dans l'existence c'est d'accomplir sa vocation. Longue vie à nous Tonton Bru'.

Merci Yann, d'avoir été un grand « fèvre » si aimant. De ne jamais t'être empêché d'aller au bout de tes rêves avec Aurélie. Merci de nous avoir donné deux géniales petites nièces Léna et Charlie. Merci pour ce qui nous attend !

Merci Mamine et Dady et toute la famille FATRAS d'avoir été aussi présents et aimants.

Merci Papy Raymond et toute la famille GERVAIS/LAPAQUE pour tous ces beaux moments qu'on a vécus.

Merci Yohan d'être mon plus fidèle ami depuis aussi longtemps. Merci pour ton mariage avec Anne dont j'ai été le témoin. Merci pour ces centaines de répét' et de voyages mémorables avec Lionel, Nyto, Joseph, Arthur, Thomas, Nicho', Valentin, Paul... C'était magique.

Merci Romain et Antoine mes plus vieux potes, toujours là, toujours vrais. Merci le WITZCREW, un honneur d'avoir grandi avec vous, Pierre, Franck, Aurore, Max, Sophie, Will, Martin.

Merci à mes potes de lycée et à toutes ces expériences et découvertes avant d'entrer dans la vie d'adultes. Lola, Margaux, Joseph, Josef, Mickael, Nico', Benji', Guillaume, Romain B., Daniel... Merci à Mme De Enden qui a toujours cru en moi et m'a toujours poussé à faire médecine.

Merci à mes potes de médecine sans qui je ne serais sûrement pas allé au bout de ces études... La P1 avec Pierre-Marie, Damien, Arthur, Victor. La P2 et le Mali avec Julie, Fanny, Amélie, Romain B., Anne-So, Pif, Cheick Danté et j'en oublie sûrement...Le reste avec Adrienne, Audrey, Ludmila, Théotime, Quentin, Romain, Julie, Boris, Pierre-Alban, Clarène et tous ceux qui ont croisé ma route avec des mots bienveillants.

Merci à mes proches amis médecins dont je suis hyper fier. Martin et Nina et leurs 2 petits choux Anna et Léon, Romain et Claire et leur petit gars Simon, Romain et Aurore et leurs petits loups Clément et Adrien, Martin le Dref et ses rouflaquettes, Vico' et son franc parlé, Caro' et Arthur qu'on aime tant.

Merci à celles et ceux qui m'ont élevée pendant mes études de médecines Pr Yelnik, Pr Faye, Pr Pachoud, Pr Corbière, Dr Menu, Dr Lacherez et toute l'équipe de CHD vendée, Valérie, Martine et toute l'équipe de Nantes Métropole, Katy, Pauline, Caroline, Dr Jubé et toute l'équipe du SSTRN.

Merci à Siegfied, mon sacré voisin toujours prêt à chanter dans notre bucolique jardin. C'était trop bon cette période Lilas.

Merci à Charline et Micka, les meilleurs voisins possibles, devenus de vrais amis. Toujours un grand bonheur d'être avec vous. Vivement votre bébé. On vous aime.

Merci à Gaël d'avoir été le meilleur compagnon possible à Nantes. Grandes discussions véritables, grand chill, que du kif.

Merci à mes amis musiciens qui m'ont permis d'échanger de grands moments mélodieux et de trouver de belles sources d'inspirations, Natalia Doco, Karimouche, Mary May, Clem Beatz, AD et ASOM, Merlot, Rwan, Jérémy Frérot, Flo Delavega, Damien Kaem, Ryon, EMJI, Anis.

Merci à toutes les personnes directement concernées par la maladie psychique rencontrées pendant ces années d'externat et d'internat.

Merci à l'espoir, à la méditation, au développement personnel, Merci à toi qui prend le temps de lire cette thèse.

TABLE DES MATIERES

PARTIE 1 : GENERALITES	11
A) HANDICAP, HANDICAP PSYCHIQUE, TRAVAIL : QUELQUES CHIFFRES	11
1) Handicap et travail	11
2) Handicap psychique et travail	11
B) LE HANDICAP PSYCHIQUE ET LE TRAVAIL	12
1) Définition du handicap psychique	12
2) Histoire du droit au travail des personnes vivant avec un handicap psychique	13
3) Bénéfice du travail et handicap psychique	14
C) DE L'APPROCHE TRADITIONNELLE A UNE APPROCHE ALTERNATIVE DE L'ACCOMPAGNEMENT VERS L'EMPLOI	21
1) Un changement de regard et d'attitude pour garantir le rétablissement	21
2) Une réorganisation des modes d'accompagnement vers l'emploi	22
3) L'emploi accompagné (« supported employment programs »)	24
PARTIE 2 : DESCRIPTION DU DISPOSITIF « ENTRETIEN-CONSEIL-EMPLOI » MIS EN PLACE AU CReSERC	30
A) PROBLEMATIQUE GENERALE	30
B) CONTEXTE : ACCOMPAGNEMENT VERS L'EMPLOI ET SOINS DE REHABILITATION	32
1) L'accompagnement vers l'insertion professionnelle au CReSERC	32
2) Le secret médical partagé	33
C) DESCRIPTION DE L'ENTRETIEN-CONSEIL-EMPLOI	35
PARTIE 3: ETUDE « Insertion professionnelle et schizophrénie : évaluation d'un Entretien-Conseil-Emploi par un binôme médecin du travail et chargé d'insertion en milieu sanitaire.»	37
A) OBJECTIFS	37
1) Objectif principal	37
2) Objectifs secondaires	37
B) METHODOLOGIE	38
1) Méthodologie générale de la recherche	38
2) Description des outils	39
C) RESULTATS	47
1) Description de la population d'étude	47
2) Résultats de l'analyse quantitative	49
3) Résultats de l'analyse qualitative	50
D) DISCUSSION	60
1) Devenir des participants à l'ECE	61
2) Les facteurs prédictifs du retour à l'emploi	62
3) Avantages et inconvénients du mode d'accompagnement du dispositif ECE	64

CONCLUSION	65
BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXES	75
1) Formulaire de consentement au Focus group	75
2) Echelle d’insight de BIRCHWOOD	77
3) Echelle PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale)	78
4) Echelle SSTICS: the Subjective Scale To Investigate Cognition in Schizophrenia	80
5) Echelle ACSo 12	81
6) Etoile de compétences en 5 questions	82
7) Echelle EAS: Employability Appraisal Scale	83
8) Données sociodémographiques et professionnelles	85
9) Fiche de liaison Entretien-Conseil-Emploi	87

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

ACSo : Auto-évaluation des troubles de la Cognition Sociale

ADAPEI : Association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées mentales

AGEFIPH : Association de GEstion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées

APL : Aide Personnalisée au logement

ARS : Agence Régionale de Santé

ASS : Allocation de Solidarité Spécifique

BEP : Brevet d'Études Professionnelles

BTS : Brevet de Technicien Supérieur

CAP : Certificat d'Études Professionnelles

CDAPH : Commission des Droits de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CLD : Congé Longue Durée

CreHPSY : Centre ressource Handicap Psychique

CReSERC : Centre de Référence en Soins d'Éducation thérapeutique et de Remédiation Cognitive

CRP : Centre de Réadaptation Professionnelle

EAS : Employability Appraisal Scale

ECE : Entretien-Conseil-Emploi

ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

GEM : Groupes d'Entraide Mutuelle

GIRPEH : Groupements Interprofessionnels Régionaux pour la Promotion de l'Emploi des Personnes Handicapées

GPS Emploi : Groupement de Priorité de Santé Emploi

IPS : Individual Placement and Support

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

OCDE : Organisme de Coopération et de Développement Économique

OETH : Obligation d'Emploi de Travailleurs Handicapés

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PANSS : Positive And Négative Syndrome Scale

PMSMP : Période de Mise en Situation en Milieu Professionnel

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SMIC : Salaire Minimum de Croissance

SSTICS : Subjective Scale To Investigate Cognition in Schizophrenia

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées
Psychiques

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Étude observationnelle quantitative des données.....	40
Tableau 2 : Données sociodémographiques et professionnelles au Temps 0 (T0).....	48
Tableau 3 : Résultats de l'analyse quantitative.....	51
Tableau 4 : Données sociodémographiques et professionnelles au Temps 1 (T1).....	53
Tableau 5 : Les avantages et inconvénients du dispositif ECE.....	54

INTRODUCTION

Le premier contact d'un médecin avec le soin en psychiatrie a souvent lieu lors d'un stage d'externat. Quand c'est uniquement en secteur fermé, l'étudiant en médecine est amené à observer des situations de crise à symptomatologies exacerbées qui peuvent laisser une vision non seulement traumatique, mais aussi tronquée, incomplète et biaisée du parcours de soin des personnes atteintes de troubles psychiques. Pendant de nombreuses années, l'inclusion sociale et professionnelle du handicap psychique peut rester une abstraction théorique à laquelle l'étudiant en médecine adhère difficilement.

Un jeune interne en médecine du travail a l'occasion de rencontrer des travailleurs atteints de différents troubles psychiques. Quelle que soit la maladie en cause, ces personnes réussissent à définir un projet professionnel, à se former, à surmonter un entretien d'embauche, et à s'intégrer plus ou moins durablement au sein des effectifs de leurs entreprises. C'est dans ce contexte privilégié qu'évolue favorablement la représentation que nous nous faisons du handicap psychique. Le potentiel de ces travailleurs devient indéniable.

Pourtant, la plupart des travailleurs atteints de troubles psychiques que nous rencontrons tentent de dissimuler leur diagnostic lors d'une consultation de médecine du travail ; en particulier les personnes atteintes de schizophrénie (souvent bénéficiaires de la RQTH). Nous réalisons alors qu'un diagnostic psychiatrique peut-être difficile à accepter, à intégrer, et à faire accepter au monde du travail. Nombreux sont ceux qui s'obligent au « non-dit » par crainte de subir la stigmatisation de leurs troubles, ou de perdre leur travail, ce qui empêche souvent les médecins du travail de préconiser une adaptation du poste de travail. Il devient alors encore plus difficile de garantir la santé et la sécurité des travailleurs atteints de troubles psychiques.

Au CReSERC (Centre de référence en soins d'éducation thérapeutique et de remédiation cognitive) de l'Hôpital Saint-Jacques à Nantes, on apprend l'existence des concepts de réhabilitation psycho-sociale et de rétablissement. L'interne en médecine du travail a pour mission d'accompagner l'insertion professionnelle du handicap psychique lors d'entretiens individuels ou de séances groupales d'éducation thérapeutique. Il doit se familiariser avec les différents diagnostics et profils de patients en psychiatrie, mais aussi avec les différents milieux de travail (ordinaire, adapté, protégé), et l'ensemble des dispositifs d'accompagnement à l'insertion professionnelle existants dans la région (dont « Emploi Accompagné 44 »).

Lors des échanges avec les patients en situation de handicap psychique, parfois en situation de désinsertion professionnelle depuis des années, nous découvrons l'extrême difficulté qu'ont certains malades à parler de travail, à évoquer leurs échecs rencontrés au travail, à identifier spontanément leurs compétences et avoir confiance à leur capacité à surmonter des obstacles,

à redéfinir une autre identité que celle de malade, et donc à définir un projet professionnel rassurant et réalisable. Par expérience, ces difficultés nous ont parues encore plus marquées au contact des patients atteints de schizophrénie ; il nous est rapidement apparu que l'insertion professionnelle de patients atteints de schizophrénie était un sujet complexe et intéressant à traiter. En association avec les conseillers en emploi accompagné d'« Emploi Accompagné 44 », nous avons décidé de construire un dispositif d'accompagnement vers l'insertion professionnelle destiné, dans un premier temps, uniquement à ces personnes atteintes de schizophrénie, dans l'espoir d'aider cette population à modifier leur rapport entretenu avec le travail, et à favoriser leur insertion professionnelle.

La problématique générale de cette thèse était donc de décrire notre dispositif d'accompagnement vers l'emploi et de quelle façon il peut contribuer à modifier le rapport entretenu avec le travail, et favoriser l'insertion professionnelle de personne vivant avec des troubles psychiques tels que la schizophrénie.

Nous aborderons dans une première partie des notions fondamentales sur le handicap psychique au travail et sur l'évolution des approches d'accompagnement vers l'emploi en France. Dans un deuxième temps, nous vous présenterons le dispositif Entretien-Conseil-Emploi (ECE) co-construit avec les conseiller en emploi accompagné d'« Emploi Accompagné 44 ». Enfin, dans un dernier temps, nous vous décrirons l'étude réalisée suivant une méthodologie mixte quantitative et qualitative qui vise à évaluer les effets du dispositif ECE, à la recherche d'un impact sur le rapport entretenu avec le travail et l'insertion professionnelle de patients atteints de schizophrénie.

PARTIE 1 : GENERALITES

A) HANDICAP, HANDICAP PSYCHIQUE, TRAVAIL : QUELQUES CHIFFRES

1) Handicap et travail

Selon les sources de l'OMS en 2019, on estime que plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap quel que soit son étiologie, soit environ 15 % de la population mondiale.

En France, environ 12 millions de personnes seraient en situation de handicap (soit 17% de la population totale), tous handicaps confondus (1).

- Selon une étude de l'OCDE datant de 2010 (2), les personnes handicapées en âge de travailler de 27 pays (Europe, Canada, Australie...) souffraient d'un désavantage sensible sur le marché du travail et obtenaient de moins bons résultats que les personnes sans handicap en âge de travailler. A la fin des années 2000, le taux d'inactivité était environ 2,5 fois plus élevé chez les personnes handicapées que chez les autres (49 % et 20 %, respectivement).

- En 2017 en France, parmi les 26 millions de personnes de 15 à 64 ans en emploi, 3,7 % (soit près de 954 000 personnes) disposaient d'une reconnaissance administrative de leur handicap. Le taux de chômage des personnes en situation de handicap était de 19% (soit environ 500000 personnes et 8.5% de l'ensemble des demandeurs d'emploi), contre 10% de l'ensemble de la population active (3).

Le chômage des personnes handicapées est caractérisé par une forte proportion de seniors (près d'un demandeur sur deux est âgé de 50 ans ou plus) et par une ancienneté d'inscription importante (près d'un demandeur sur quatre est inscrit depuis 3 ans ou plus) (3).

- En 2018, la barre des 500 000 demandeurs d'emploi handicapés inscrits à Pôle emploi a été dépassée pour s'établir à 514.000 personnes, soit une hausse de 3,5% sur un an (4).

2) Handicap psychique et travail

En 2016, il est reconnu qu'en France 20% des handicaps relèvent de troubles psychiques (5).

Selon L'OMS, le handicap psychique devient en 2020 la 1ère cause mondiale de handicap, et se place au 3ème rang des maladies les plus fréquentes après les cancers et les maladies cardio-vasculaires. Au moins 380 millions de personnes seraient atteintes de troubles psychiques de type dépression, troubles bipolaires, schizophrénie et autres psychoses.

21 millions de personnes seraient atteintes de schizophrénie dans le monde (6).

Une étude datant de 2006 estime la prévalence de la schizophrénie en France aux alentours de 1 % de la population adulte ; c'est jusqu'à 600 000 personnes qui seraient atteints de cette maladie (7).

Concernant l'activité professionnelle des personnes en situation de handicap psychique :

- Une enquête UNAFAM (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) auprès des familles adhérentes en 2016 a montré que seulement 19% des personnes atteintes de troubles psychiques avaient un emploi, majoritairement en milieu ordinaire et en CDI.
- Le taux d'emploi de personnes vivant avec un handicap psychique rapporté (en milieu ordinaire) se situe en général entre 10 à 25% dans les évaluations anglo-saxonnes (8) , (9) , (10).

Comme le rappelle le Pr Bernard PACHOUD lors de son intervention à l'UNAFAM en 2016 (11), et comme nous le décrivons plus loin, le droit fondamental de l'accès au travail des personnes en situation de handicap psychique est aujourd'hui clairement établi par un cadre réglementaire qui a considérablement évolué.

B) LE HANDICAP PSYCHIQUE ET LE TRAVAIL

1) Définition du handicap psychique

Dans la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le handicap psychique n'est pas spécifiquement défini mais il est distingué du handicap mental, qui est associé à une déficience intellectuelle entraînant un déficit dans les apprentissages :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (12).

L'UNAFAM définit le handicap psychique comme une situation de handicap en lien avec une maladie psychique dont l'origine n'est pas une pathologie organique connue à ce jour. Les capacités intellectuelles sont indemnes et peuvent évoluer de manière satisfaisante. C'est la possibilité de les utiliser qui est déficiente. Le handicap psychique est caractérisé par « un déficit relationnel, des difficultés de concentration, une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités alors que la personne garde des facultés intellectuelles normales » (13).

Pour le CreHPSY (Centre ressource Handicap Psychique des Pays de la Loire), le handicap d'origine psychique est constitué par « la somme des altérations des fonctions, des limitations d'activités et des restrictions de participation sociale présentée par une personne en lien avec une maladie ou un trouble psychique ». (14).

S'il n'existe donc pas de définition officielle du handicap psychique, on peut globalement le penser comme le retentissement fonctionnel et social des troubles psychiatriques chroniques sur le fonctionnement quotidien des personnes atteintes.

Quoi qu'il en soit, le handicap psychique possède des caractéristiques qui lui sont propres : il est particulièrement sensible au contexte (c'est à dire influencé par des facteurs environnementaux), il est évolutif et invisible.

L'émergence du concept de handicap psychique est le reflet d'une évolution sociétale sur les personnes ayant une maladie psychique. La société s'intéresse maintenant d'avantage aux conséquences en termes de fonctionnement global pour la personne (qualité de vie, insertion professionnelle), qu'aux symptômes. Elle cherche dorénavant à comprendre la complexité des interactions entre la personne et son environnement (15).

2) Histoire du droit au travail des personnes vivant avec un handicap psychique

L'article 23 de la déclaration universelle des droits de l'homme affirme que « toute personne a droit au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables et satisfaisantes de travail et à la protection contre le chômage ... que tous ont droit, sans aucune discrimination, à un salaire égal pour un travail égal. » (16).

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (12) est le principal texte sur les droits des personnes en situation de handicap, depuis la loi de 1975 (17).

Les toutes premières lignes de la loi rappellent les droits fondamentaux des personnes handicapées et donnent une définition du handicap : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

De cette loi ont découlé un certain nombre de déclinaisons concrètes :

- Création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH),
- Obligation d'emploi d'au moins 6 % de travailleurs handicapés (OETH) dans les entreprises établissements du secteur privé et établissements publics à caractère industriel et commercial, de 20 salariés ou plus.
- Création d'un Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP), alimenté par des contributions équivalentes au secteur privé,
- Nécessité pour l'employeur de mettre en place des « mesures appropriées » pour favoriser l'égalité de traitement à l'embauche et en cours d'emploi.
- Établissements et services sociaux et médico-sociaux, associations, offrent des prestations et des possibilités d'insertion différenciées, qu'il s'agisse du champ social ou professionnel : centres de soins et de réadaptation ; centres d'évaluation et de préformation ; ESAT (Établissements et Services d'Aide par le Travail) ; entreprises adaptées, SAVS (Services d'accompagnement à la vie sociale), SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) ; GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle) ...

Ce droit à l'accès à l'emploi est réaffirmé par la convention des nations unies relatives aux droits des personnes handicapées (2006) dont l'Article 2 garantit la non-discrimination, et l'Article 3 la participation pleine et effective à la société (18).

Le 1^{er} paragraphe du Rapport LE HOUEROU (19) sur l'emploi accompagné rappelle qu'il est dans l'esprit de la loi de 2005 de promouvoir l'insertion du handicap dans le milieu ordinaire plutôt que dans le milieu protégé, même si c'est encore loin d'être effectif.

3) Bénéfice du travail et handicap psychique

a) Le rétablissement par le travail

Concept de rétablissement :

Le mouvement du rétablissement s'est d'abord fondé sur des témoignages d'usagers souffrant de troubles psychiatriques (20).

De ces témoignages ressort un besoin de prise en compte prioritaire de leurs points de vue et de leurs objectifs dans l'élaboration de leur projet de soins et de vie. Leurs revendications ne se limitent pas à la sphère médicale mais s'étend aussi à la sphère politique et sociétale.

Dans les années 1990, apparaît le concept de « recovery » (rétablissement) jusqu'alors utilisé par des groupes d'anciens alcooliques aux États-Unis (les « recovery circles ») qui s'estimaient en cours de rétablissement tant qu'ils poursuivaient leurs efforts d'abstinence et qu'ils trouvaient un sens positif à leur vie.

C'est Patricia DEEGAN, psychologue américaine, qui reprend ce concept en témoignant de sa propre expérience de rétablissement du trouble schizophrénique : « le rétablissement, c'est une attitude, une façon d'aborder la journée et les difficultés qu'on y rencontre. Cela signifie que je sais que j'ai certaines difficultés et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que de laisser ces limitations être une cause de désespoir, une raison de laisser tomber, j'ai appris qu'en sachant ce que je ne peux pas faire, je m'ouvre aux possibilités liées à toutes les choses que je peux faire ». Les personnes qui s'estiment rétablies précisent bien qu'il ne s'agit pas d'un retour à l'état antérieur à la maladie ni à une disparition de tout symptôme. Elles se sentent transformées par l'expérience de la maladie: le processus de rétablissement est plutôt la recherche d'un état « comme après » (21).

Le rétablissement peut schématiquement être décomposé en 5 phases successives (22):

- 1) Le moratoire : une phase de retrait caractérisée par un profond sentiment de perte et de désespoir.
- 2) La conscience : la personne réalise que tout n'est pas perdu et que l'épanouissement est possible.
- 3) La préparation : le point est fait sur les forces et les faiblesses en vue d'un rétablissement, et la personne initie un travail pour développer ses compétences.
- 4) La reconstruction : la personne travaille à redéfinir une identité positive, en se fixant des objectifs qui ont du sens, et en reprenant le contrôle de sa vie.
- 5) La croissance : retrouver du sens à sa vie à travers l'autogestion de sa maladie, une estime de soi positive et la résilience. Cette période implique une confiance en ses capacités tout en prenant en compte ses difficultés.

Comme le souligne Jacob BENAROSCH (23) « le rétablissement c'est le processus désigné par Boris Cyrulnik sous le terme de résilience et par les anglo-saxons sous celui de « recovery » qui peut être compris comme une « reconstruction » vers un « épanouissement en surmontant le trauma », qui passe par « des changements dans sa relation à soi, aux autres et au monde ».

« Se rétablir » implique un processus de redéfinition de soi (24), (25) en dépassant les réticences et les freins que sous-tendent la maladie.

Il est établi selon différentes données épidémiologiques et études longitudinales (26), (27), (28), conjointement à de nombreux témoignages d'individus concernés (29), (30), (31), qu'il est possible de vivre avec une maladie mentale, telle que la schizophrénie, et d'accéder à une vie satisfaisante. Cela signifie qu'il n'y a pas de « guérison », au sens d'un retour ad integrum à un état antérieur à la maladie, mais néanmoins qu'un « rétablissement » est possible.

Le rétablissement implique donc une dynamique d'autonomisation du soi pour retrouver une place dans la société en tant que citoyen, avec un statut autre que celui de « malade mental ». C'est ce que les Pr CORBIERE et PACHOUD appellent l' « empowerment » (32), (33).

Nombreuses sont les sources qui démontrent que l'exercice professionnel contribue au rétablissement du handicap psychique, que nous aborderons dans la partie suivante. Il permet notamment de retrouver un contrôle sur sa vie, grâce à la restauration du pouvoir d'agir (« empowerment »). Il n'est pas pourtant pas exclu qu'on tarde à réaliser pleinement ce que montrent les données de la recherche.

Études :

Comme le souligne Jacob BENAROSCH (23), l'activité en général et le travail seraient thérapeutiques et auraient des effets bénéfiques sur la santé mentale et sur le bien-être des individus.

Une étude réalisée par BOND et al en 2008 (34) montre que l'accès à l'emploi et à un accompagnement approprié est devenu possible pour la majeure partie des personnes vivant avec handicap psychique. Cela peut être expliqué par le concours de plusieurs facteurs :

- Grâce aux progrès thérapeutiques qui ont diminué les effets secondaires des traitements médicamenteux ; ces derniers sont plus respectueux des fonctions cognitives, impliquant une durée moindre de prise en charge hospitalière et donc une baisse de la durée d'interruption d'activité.
- Grâce à de précieux outils de soins dits de « réhabilitation psychosociale » qui permettent de limiter les conséquences fonctionnelles de la maladie tels que la remédiation cognitive ou la TCC (Thérapie Cognitivo-Comportementale).
- Enfin, grâce à l'évolution et l'adaptation considérable des pratiques d'accompagnement vers l'emploi, ce qui est un facteur important que notre étude entend traiter, du moins en partie.

Une étude suédoise de EKLUND de 2004 (35) compare la qualité de vie et la satisfaction des personnes qu'elles aient un emploi en milieu ordinaire, une activité occupationnelle thérapeutique ou qu'elles vivent chez elle sans activité. Il ressort que ceux qui ont la meilleure qualité de vie et la meilleure satisfaction sont celles qui sont en emploi. Cela sous-tend parfaitement la notion de rétablissement dont l'objectif est d'obtenir une vie satisfaisante pour soi.

Selon Pr Bernard PACHOUD en 2016 (11) : « il y a un certain consensus des chercheurs et acteurs d'insertion professionnelle sur les bénéfices d'avoir une activité professionnelle ». L'intérêt financier n'est certainement pas le seul bénéfice :

- Le travail structure le temps et les journées, conformément aux rythmes sociaux, il favorise donc un sentiment d'appartenance et d'inclusion sociale et donc une estime de soi (36)
- Il est l'opportunité de contacts sociaux en dehors de la sphère familiale, lesquels améliorent les symptômes négatifs de la schizophrénie en rompant l'isolement des personnes.
- Le travail permet aussi une reconnaissance par ses pairs, favorisant largement le sentiment d'utilité sociale et l'estime de soi. L'identité de travailleur compétent aide l'individu à sortir du statut de malade mental et à progresser dans le parcours de rétablissement en reprenant contrôle sur sa vie (24), (37).
- L'emploi est très couramment vécu comme un marqueur de normalité, du moins de normalisation sociale, source d'améliorations de l'estime de soi et de diminution du phénomène d'auto-stigmatisation.
- Enfin, l'exercice professionnel contribue à développer le sentiment d'efficacité, que ce soit pour satisfaire les exigences de l'emploi occupé, ou pour surmonter certaines difficultés au travail (33).

Le travail est donc un facteur majeur du rétablissement (38), (39), même s'il n'est pas indispensable au rétablissement.

Nous remarquons que les résultats des études publiées depuis près de vingt ans concernant les effets de l'emploi sur la santé et le bien-être des personnes, puis plus récemment sur leur rétablissement, sont concordants. Cependant les pratiques d'insertion ne suivent pas toujours ces données de preuve.

Sous-estime-t-on encore le potentiel d'adaptation au travail des personnes atteintes de handicap psychique ? Dans ce cas, quelles sont les réticences qui persistent

b) Les Réticences

Les réticences sont encore importantes, et ce aussi bien du monde du travail envers les personnes en situation de handicap psychique, que des personnes handicapées psychique envers le monde du travail et envers elles même.

Il existe de nombreux patients atteints de handicap psychique qui disent n'être pas prêts à travailler ou à retravailler. On pourrait penser que ces réticences sont liées à un état de santé instable, à une symptomatologie trop présente et des difficultés cognitives, ou une inadaptation sociale. Cependant, selon les données convergentes de plusieurs études (40), (41), (10), il existe d'autres facteurs d'hésitation qui sont à prendre compte comme la crainte de perdre les avantages sociaux liés au handicap, le doute sur ses capacités, et la stigmatisation et l'auto stigmatisation liées à l'étiquette de malade mental.

Stigmatisation :

On ne devrait pas parler des réticences du monde du travail sans évoquer la notion de stigmatisation du handicap psychique, en miroir de l'auto-stigmatisation des malades.

Comme l'explique le psychiatre J. Y. GIORDANA, la stigmatisation est un terme complexe qui fait référence à un concept multidimensionnel (42).

Étymologiquement, la stigmatisation d'écrit l'action de marquer de manière définitive le corps de quelqu'un afin de lui donner une cicatrice distinctive (43).

Selon E. GOFFMAN et C.-N. ROBERT, la stigmatisation est la réaction d'un groupe ou d'une société envers des personnes ou des groupes minoritaires, différents ou défavorisés, qui consiste à attribuer une étiquette qui catégorise comme déviant (44).

Les personnes atteintes de schizophrénie sont les premiers touchés par la stigmatisation du handicap psychique. La société les étiquette souvent comme « fous », « dangereux », « imprévisibles ». Les personnes atteintes de dépression sont qualifiées de « faibles », « manquant de volonté », les personnes atteintes de troubles bipolaires d'« instables » ou « ingérables ». Selon un sondage Ipsos (45), 52 % des personnes interrogées se diraient gênées de vivre sous le même toit qu'une personne atteinte de "maladie mentale", 35 % de travailler dans la même équipe et 30 % de partager un repas. Le stigma est un attribut profondément disqualifiant, qui fait passer le sujet d'une personne complète et normale à une

personne détériorée et diminuée, et qui finalement le réduit à cela jusque dans sa dénomination : un toxicomane, un schizophrène... (43)

Ce qui rend la stigmatisation difficile à contrôler, c'est qu'elle est une réaction sociale « naturelle », en partie inconsciente et automatique, envers des populations « différentes » et « vulnérables » (46).

Selon Jean BENOIST (47), on peut comprendre l'origine de la stigmatisation à partir de trois notions principales : la peur, l'anomalie et la régulation sociale.

« La peur naît devant ce qui menace ou semble menacer par sa différence... Elle induit la perception d'une différence négative qu'on assimile à un statut dévalorisé ». Cette émotion primaire archaïque et totalement spontanée guide nos réactions puisqu'elle est par définition très difficile à contrôler.

« L'anomalie de l'étranger » nous fait guetter les signes par lesquels il peut menacer. Non seulement menacer physiquement mais, surtout, par ses choix, ses conduites, ses valeurs, il est menaçant par son être même. ». Les troubles psychiques induisent dans l'inconscient collectif l'appréhension de comportements imprévisibles qui « ne jouent pas selon les règles du jeu social local ».

Selon le concept de régulation sociale, « ces rejets ne sont pas le fait de pulsions individuelles ; ils ont une fonction sociale. Ils font partie des mille ressources qu'une société utilise pour construire la pression qui la régule ». On peut comprendre les stigmatisations sociales comme le résultat d'une évaluation sociale des écarts d'apparence ou de conduite.

Pourtant, une méta-analyse de MAK *et al.* qui a retenu 49 publications incluant 52 recherches sur le sujet, montre une corrélation assez faible entre stigmatisation et santé mentale (48). La corrélation est plus forte lorsque la discrimination porte sur des traits physiques ou sur une maladie, elle est plus faible si elle porte sur des éléments sociaux tels que l'orientation sexuelle, et encore plus faible s'il s'agit de pathologie mentale, toutes ces corrélations étant plus fortes en Europe et en Australie qu'aux États-Unis.

Le faible taux d'emploi des personnes vivant avec un handicap psychique accentue la représentation négative des employeurs concernant cette population, préjugé qui est un des freins principaux à l'embauche de ces personnes (49), (50).

Le secteur de l'insertion (MDPH, Pôle Emploi, CAP Emploi, CRP...) et le monde du travail (entreprise, ESAT, entreprises adaptées etc.) connaissent encore trop peu le handicap psychique et ont encore besoin d'être accompagnés en ce sens.

Auto stigmatisation :

Quand on les interroge, les personnes atteintes de troubles psychiques ont souvent accumulé de nombreux vécus « d'échec » ou « d'exclusion sociale » ; un refus d'une demande de logement social, une perte d'emploi dans un vécu traumatique, une trop longue durée d'inactivité, un isolement social, des jugements douloureux...

En 2012, concernant les personnes atteintes de maladie psychique, P. W. CORRIGAN et D. RAO (51) décrivent trois réactions possibles face à la stigmatisation :

- Elles ne montrent aucune douleur, semblant inconsciente de ses effets, montrant une apparente indifférence,
- Elles s'indignent de manière juste face à ces préjugés,
- Elles croient aux stéréotypes négatifs, et se les approprient. C'est cette dernière manière de réagir qui reflète bien le phénomène d'auto-stigmatisation, miroir de la stigmatisation.

P. W. CORRIGAN et D. RAO ont décrit l'auto-stigmatisation comme un processus comprenant les étapes successives suivantes :

- La sensibilisation, c'est lorsque la personne prend conscience que la société a des préjugés envers le groupe auquel elle appartient.
- L'accord, lorsque la personne convient que ces stéréotypes publics négatifs sont vrais.
- L'application, lorsque la personne pense que ces stéréotypes publics négatifs s'appliquent à elle-même (51).

La personne pense alors qu'elle est responsable de son état, et mérite d'être traitée ainsi.

La stigmatisation internalisée est fréquente dans la schizophrénie ; un patient sur trois est affecté alors que dans le trouble bipolaire cela concerne un patient sur cinq (52).

La personne touchée par l'auto-stigmatisation anticipe les situations stigmatisantes et discriminantes et cherche à les éviter, entraînant des attitudes de retrait, d'inhibition et d'isolement social. Nous pouvons identifier d'autres attitudes dysfonctionnelles, comme la tendance à l'autodénigrement associée au vécu de honte et de culpabilité, l'attente permanente d'être mis à l'écart et d'être rejeté, le sentiment d'infériorité, la perte de confiance et de motivation, la perte d'espoir de guérison (53).

P. W. CORRIGAN rajoute qu'avec l'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité est altéré, c'est-à-dire la valeur que la personne s'attribue à elle-même et au degré de confiance dans ses aptitudes et possibilités à surmonter la stigmatisation. La reprise du pouvoir d'agir, est compromise par l'auto-stigmatisation.

La personne peut finir par abandonner l'idée d'avoir un enfant, une vie conjugale, un emploi, une vie sociale. Elle se sent indigne et incapable de réaliser ses objectifs de vie, se limitant dans ses choix et ses actions. C'est ce qui a été décrit comme le « why try effect » où la personne se dit : « pourquoi essayer puisque je n'y arriverais pas ! » (51).

Se rétablir de l'auto-stigmatisation :

Selon P. W. CORRIGAN et D. RAO, la clé pour réduire l'auto-stigmatisation est de promouvoir l'autonomie personnelle, véritable antidote à l'auto-stigmatisation, impliquant le pouvoir, le contrôle, l'activisme, l'indignation juste et l'optimisme. Une façon de le faire est la divulgation, la décision stratégique de faire connaître aux autres sa lutte pour le rétablissement (51).

Selon le livre Traité de réhabilitation psychosociale (53), le pilier de la lutte contre l'auto stigmatisation serait l'« empowerment », le pouvoir de décision et d'agir des personnes concernées par des troubles psychiques. Les personnes concernées ont un rôle à jouer, soutenues par les institutions soignantes, les associations d'usagers, ainsi que leur entourage.

La notion d'« empowerment » évoquée plus tôt est un enjeu crucial aussi bien pour les personnes accompagnées que pour celles qui sont impliquées dans leur accompagnement. C'est tout un mode de pensée qu'il convient de faire évoluer, et d'adapter ensuite à une nouvelle réalité.

C) DE L'APPROCHE TRADITIONNELLE A UNE APPROCHE ALTERNATIVE DE L'ACCOMPAGNEMENT VERS L'EMPLOI

1) Un changement de regard et d'attitude pour garantir le rétablissement

Comme le montre DAVIDSON en 2003 (54), la conviction inconditionnelle des professionnels de l'accompagnement dans les capacités des usagers est un des facteurs de réussite de leur insertion. A tort, les dispositifs d'insertion se focalisent souvent sur les difficultés et les freins à l'insertion, alors que la conviction des professionnels que chaque personne possède un potentiel bien au-delà de la maladie est un prérequis primordial.

Au moment de s'engager à nouveau vers des projets socioprofessionnels, les personnes en situation de handicap psychique ont besoin de mobiliser leurs capacités perdues en raison de la maladie, et de développer de nouvelles compétences adaptées aux projets souhaités.

La notion de confiance précède celle de compétence. Il convient de développer un vécu de réussite qui n'enferme plus dans une logique négative, mais favorise au contraire la valorisation des expériences positives de l'individu, et de ses capacités actuelles.

Les dispositifs d'accompagnement médicosociaux sont donc très importants pour favoriser le rétablissement des personnes vivant avec des troubles psychiques, et il est nécessaire qu'ils évoluent en fonction de ce nouveau paradigme (55), (30), (56).

Comme le dit Jacob BENAROSCH (23): « pour qu'une insertion soit possible, il est nécessaire que des ajustements soient réalisés du côté de l'individu et du côté de l'entreprise et, que le salarié soit accompagné tout au long de son parcours... par des actions qui l'aident à trouver les réponses adaptées aux situations auxquelles il est confronté. ».

Bien que le rétablissement soit aujourd'hui un concept plutôt bien connu en France, les préjugés persistants sur le pronostic du handicap psychique conditionnent encore largement les méthodes d'accompagnement (57), (49), (58).

Considérer la personne accompagnée comme un « malade mental », ou une personne démunie et sans avenir, n'est pourtant plus acceptable avec ce nouveau cadre de référence. Cette nouvelle posture de rétablissement suppose une relation accompagnant/accompagné plus symétrique. Il serait donc nécessaire de mettre en œuvre ce que René Baptiste (59) décrit sous le terme de « parcours de transition » qui implique un accompagnement continu avec un « référent d'insertion », sorte de médiateur ou d'interface entre la personne et son environnement, le monde social et le travail.

Mais qu'en est-il de l'état actuel des pratiques d'insertion ? En quoi les méthodes alternatives diffèrent des méthodes traditionnelles existantes ?

2) Une réorganisation des modes d'accompagnement vers l'emploi

Nombreux sont les dispositifs d'accompagnement vers l'insertion professionnelle existant pour les personnes vivant avec des troubles psychiques dans le monde. Ils varient en fonction du contexte culturel et législatif des pays.

En 2011 Marc CORBIERE (60) résume les modèles existants à partir de quatre principaux types de structures d'insertion :

- a) Les structures protégées (ou le milieu de travail protégé).
- b) Les entreprises à économie sociale.
- c) Les emplois de transition
- d) Les programmes d'emploi accompagné

Les structures protégées et les entreprises à économie sociale correspondent à l'approche traditionnelle d'accompagnement des personnes vivant avec des troubles psychiques, selon le principe du « *Train and place* » (entraîner ou former puis réinsérer) qui repose sur la progressivité et le réentraînement préalable à l'insertion en milieu ordinaire de travail.

Les structures protégées type ESAT (Établissements et services d'aide par le travail) permettent aux personnes en situation de handicap d'exercer une activité professionnelle tout en bénéficiant d'un soutien médico-social et éducatif dans un milieu protégé. Cette structure accueille des personnes qui n'ont pas acquis assez d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire ou dans une entreprise adaptée à leurs besoins.

Les entreprises de l'économie sociale, sont l'ensemble des associations, mutuelles, coopératives et fondations ayant une activité économique, et qui historiquement se sont construites sur la base de valeurs communes d'humanisme, de solidarité et de démocratie.

Comme l'explique Bernard PACHOUD (11), le modèle traditionnel « implique l'intervention d'une multitude d'intervenants exerçant des fonctions d'expert pour l'évaluation, les pratiques de réentraînement ou la remédiation. Cette division du travail implique une organisation hiérarchique, pour assurer la coordination de ces intervenants et superviser l'organisation complexe de ces prises en charge ». L'inconvénient principal de cette approche est le risque d'une discontinuité de l'accompagnement et du soutien, qui s'interrompt rapidement après l'obtention d'un emploi.

Les emplois de transition et les programmes d'emploi accompagnés correspondent à une approche alternative d'accompagnement des personnes vivant avec des troubles psychiques, selon le principe du « *Place and Train* » (réinsérer puis entraîner) qui fonde sa pratique sur l'insertion en milieu ordinaire de travail considérée comme favorable à la progressivité et au réentraînement. Si les ESAT ne visent pas prioritairement l'accès au milieu ordinaire, les ESAT de transition, au contraire, préparent le travailleur en situation de handicap, notamment psychique, à s'y insérer. L'accompagnement est souvent limité dans le temps.

Dans le modèle alternatif du “soutien à l’emploi”, l’accompagnement repose sur un seul intervenant (sauf dans le modèle à « multi-référence »), qu’on appelle “job coach” ou “conseiller en emploi accompagné”, qui intervient depuis la demande initiale d’aide à la réinsertion, jusqu’à la situation d’emploi durant laquelle il poursuit son soutien, de façon pérenne, en fonction des besoins propres aux différentes étapes du parcours et à la singularité des personnes et de leurs problématiques.

En France, le dispositif d’emploi accompagné est un modèle en plein essor. Les chargés d’insertion intervenant dans notre étude font partie du dispositif « Emploi Accompagné 44 » régulé par l’ADAPEI 44 (Association Départementale des Amis et ParEnts de handlcapés mentaux en Loire Atlantique)

3) L’emploi accompagné (« supported employment programs »)

a) Cadre légal en France

Le dispositif d’emploi accompagné a été introduit dans le code du travail par l’Article 52 de la Loi n° 2016-1088 relatif à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnel (61).

Sur le fondement de cet article, le décret n° 2016-1899 du 27 décembre 2016 (62), relatif à la mise en œuvre du dispositif d’emploi accompagné et au financement du compte personnel de formation des travailleurs handicapés, prévoit le cahier des charges et les modalités de mise en œuvre du dispositif d’emploi accompagné.

b) A qui s’adresse-t-il ?

Le dispositif d’emploi accompagné s’adresse aux personnes en situation de handicap inscrites dans un parcours vers l’emploi en milieu ordinaire mais aussi à celles déjà en emploi dans le secteur public ou privé.

Il est ouvert dès l’âge de 16 ans, et mis en œuvre sur décision de la CDAPH (Commission des Droits de l’Autonomie des Personnes Handicapées) en complément d’une décision d’orientation.

Sont ainsi bénéficiaires de ce dispositif :

- les personnes titulaires d’une notification de la MDPH : « emploi accompagné ».
- les personnes en situation de handicap reconnues travailleurs handicapés (RQTH) par la CDAPH, et ayant un projet d’insertion en milieu ordinaire de travail ;
- les travailleurs handicapés accueillis dans un établissement ou service d’aide par le travail (ESAT), ayant un projet d’insertion en milieu ordinaire de travail.

-les travailleurs handicapés en emploi en milieu ordinaire de travail qui rencontrent des difficultés particulières pour sécuriser de façon durable leur insertion professionnelle.

-En tant que spécificité régionale du Pays de la Loire (à la demande des financeurs), une attention particulière est portée aux personnes souffrant de troubles psychiques.

c) Quelles sont les évolutions ?

On peut identifier 3 grandes évolutions par rapport aux dispositifs déjà existants :

- il bénéficie à la personne en situation de handicap tout au long de son parcours professionnel, au moment de sa recherche d'emploi mais également lorsqu'elle est en poste.

- il bénéficie à la fois à la personne en situation de handicap et à son employeur, lorsqu'elle est en poste ;

- il associe les acteurs du médico-social et les acteurs de l'emploi, que ce soit au niveau de la mise en œuvre du dispositif ou de son pilotage (dispositif piloté par les Agences régionales de santé, en lien étroit avec l'État, l'AGEFIPH (Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées) et le FIPHFP (fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique).

d) Quel est le rôle des chargés d'insertion ?

Les "job coach" ou "conseiller en emploi accompagné" s'attachent à mettre en œuvre le principe de « *Place and train* », et proposent par conséquent d'accompagner individuellement une personne vivant avec un handicap à rechercher, obtenir puis à garder un emploi en milieu ordinaire de travail, sans phase préparatoire particulière mais avec ce soutien personnalisé, continu, adaptable aux besoins, et sans limite dans la durée.

Une même personne, qualifiée de « job coach » ou « conseiller en emploi accompagné », assume les différentes tâches de ce processus : aide à la recherche et à l'obtention d'un emploi, soutien à la prise de poste puis tout au long de l'activité de travail (63),(64).

Plusieurs auteurs ont détaillé le rôle et tâches du conseiller en emploi spécialisé (65), (66), et ont souligné par exemple son « rôle pivot » au carrefour de différents secteurs de vie de la personne accompagnée, c'est à dire un rôle de coordination avec le secteur de soins et aussi le secteur des emplois en entreprise (65), (67).

Des travaux ont également détaillé les compétences requises pour exercer cette fonction de conseiller en emploi accompagné dans les programmes d'emploi accompagné, c'est à dire les connaissances, comportements et attitudes à mettre en œuvre dans ce métier (66), (68).

Comme par exemple des compétences relationnelles avec les employeurs, et la connaissance des aménagements de travail ou encore des attitudes relevant de l'empathie, l'écoute et la

sensibilité dans la relation à la personne accompagnée, la gestion de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation, et le relationnel avec les professionnels de santé.

Selon les « conseillers en emploi accompagné » d'« Emploi accompagné 44 » : « il est important de prendre en compte une variabilité des pratiques d'accompagnement entre les différentes régions de France, notamment concernant le profil et des bénéficiaires du dispositif et des conseillers, mais aussi concernant le cadre théorique des méthodes d'accompagnement. »

e) Particularité d'emploi accompagné en Loire Atlantique, « Emploi Accompagné 44 »

Cadre d'intervention en Loire Atlantique :

Suite à l'obtention d'une réponse positive à l'appel à projet, initié par l'ARS, l'AGEFIPH et le FIPHFP (financeurs du dispositif), l'emploi accompagné se déploie en Loire Atlantique et ce depuis le mois de décembre 2017.

Ce dispositif est co-porté par deux associations : le GIRPEH (Groupement Interprofessionnel Régional de Promotion de l'Emploi et du Handicap de la Région des Pays de la Loire) spécialiste de l'accompagnement et du placement dans l'emploi des personnes en situation de handicap, et l'Adapei 44 dont le service « Passerelle pour l'emploi » accompagne vers et dans l'emploi en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap, visant l'accès ou le retour à l'emploi pérenne en entreprise

Les conseillers en emploi accompagné d'« Emploi accompagné 44 »

Les « conseillers en emploi accompagné » du dispositif « Emploi accompagné 44 » sont tous formés à la méthode IPS (Individual Placement and Support), ce qui n'est pas le cas pour tous les dispositifs d'emploi accompagné en France (69).

Cette méthode IPS est fondée sur 9 grands principes :

- 1/ Exclusion zéro, tout le monde peut travailler.
- 2/ Le but à atteindre est le travail en milieu ordinaire ;
- 2/ L'attention est portée aux préférences de la personne ;
- 3/ La prise de décision se fait en collaboration avec la personne ;
- 5/ Alliance avec le secteur sanitaire et médico-social ;
- 6/ Mise en activité rapide (« Place and Train ») ;
- 7/ Soutien illimité dans le temps ;
- 8/ Le développement de l'emploi est systématique ;

9/ Les conseillers garantissent une information claire, loyale et intelligible sur les enjeux économiques.

L'accompagnement d'« Emploi Accompagné 44 », fondé sur la méthode IPS délaisse donc le paradigme « Train and place » au profit de son opposé, le « Place and train » comme le décrit bien Bernard PACHOUD en 2014 : *« cette pratique performante s'oppose par divers aspects aux pratiques traditionnelles de réinsertion. Alors que ces dernières reposent sur la progressivité et le réentraînement préalables à l'insertion en milieu de travail ordinaire, et respectent le principe, qui semble de bon sens, du « Train and place » (entraîner ou former puis réinsérer), l'approche alternative revendique et opère le renversement de ce principe, qui devient « Place and train » : insérer d'abord, puis former et soutenir dans le cadre de l'activité de travail. Il s'agit donc d'insérer au plus vite les personnes en milieu ordinaire de travail, sans étapes préparatoires qui tendent à différer indéfiniment le retour à l'emploi réel, mais d'assurer ensuite, sur le long terme, un réel soutien dans l'activité de travail »* (70)

D'autre part, les principes et actions des conseillers du dispositif d'« Emploi Accompagné 44 » sont également fondés sur la notion de « job coaching », qui tire son nom de l'anglo-saxon « job » (travail), et « coaching » (entraînement, encadrement, accompagnement).

On peut définir le coaching ainsi : *« Le coaching est un processus d'accompagnement à l'action d'individus ou d'équipes. Cet accompagnement vise la libération et l'expression des ressources et des compétences des acteurs, grâce à une activité de soutien pertinent, concomitant et efficient »* (71).

La notion de « job coaching » doit donc être comprise comme un accompagnement (coach) à l'emploi (job). Nous considérons important d'évoquer certaines de ses spécificités du « jobcoaching » (71) :

- L'accompagnement à l'emploi est proposé tant à la personne en insertion qu'à l'employeur ;
- Le jobcoaching vise à favoriser la qualité de l'emploi tant pour la personne en insertion que pour l'employeur ;
- La perspective de genre est constamment intégrée dans l'action avec pour objectif d'améliorer l'égalité hommes / femmes à l'emploi ;
- La personne concernée n'est pas considérée comme un bénéficiaire mais comme un partenaire, elle est responsable et actrice de son parcours.
- L'accent est mis sur l'autonomisation progressive des personnes coachées ;

Enfin, « Emploi Accompagné 44 » fonctionne quasi exclusivement sur le principe de « multi-référence » c'est-à-dire que toute l'équipe (cinq « job coach ») accompagne ensemble toutes

les personnes bénéficiant du dispositif d'emploi accompagné (72). Les entretiens avec les personnes se font la plupart du temps en binôme, ce qui favorise la diversification des points de vue et des compétences et donc l'ouverture du champ des propositions. Aujourd'hui, les conseillers d'« Emploi Accompagné 44 » se sont tant identifiés au principe de multi-référence qu'il est devenu une véritable culture de travail. Selon leurs propos : « cette satisfaction est partagée par les personnes en contact avec nos services ». Attachés au modèle IPS, les conseillers s'adaptent bien entendu aux besoins exprimés par les bénéficiaires de l'emploi accompagné.

Les bénéficiaires d'« Emploi Accompagné 44 » (Selon la source : dialogue de gestion d' « Emploi accompagné 44 » avec l'ARS, Novembre 2019) :

Le dispositif est actuellement « saturé ». Une liste d'attente est assurée en collaboration avec la MDPH qui garantit l'orientation « emploi accompagné ».

En Novembre 2019, 60 personnes étaient accompagnées par le dispositif « Emploi Accompagné 44 » dont 26 femmes (43.33 %) et 34 hommes (56.66%).

Concernant l'âge des personnes accompagnées, 4% d'entre eux avaient moins de 20 ans, 35% entre 20 et 29 ans, 39% entre 30 et 39 ans, 17% entre 40 et 49 ans, et 10 % ont entre 50 et 59 ans. La moyenne d'âge est de 32 ans.

Concernant la typologie de handicaps ou déficiences concernées :

-57 % d'entre eux (34 personnes) sont atteints de handicap psychique.

-25% ont des troubles cognitifs

-8% ont des troubles du spectre autistique

-6% ont des déficiences intellectuelles

-2% ont des déficiences motrices

-2% ont d'autres types de déficiences

25 personnes (environ 41 %) avaient déjà été hospitalisées avant le début de l'accompagnement, et une seule personne a été ré-hospitalisée depuis (1,6%).

18 personnes ont initiée une démarche de soin au cours de leur accompagnement (30%)

Actuellement, selon la source dialogue de gestion d' « Emploi accompagné 44 » avec l'ARS, Novembre 2019) 36 des personnes accompagnées (60%) sont actuellement en emploi, 25 en contrat et 11 en PMSMP (période de mise en situation en milieu professionnel).

A ce jour, 70 personnes sont actuellement accompagnées par le dispositif « Emploi Accompagné 44 ».

f) Efficacité d'emploi accompagné

Les études relatives au soutien à l'emploi IPS ont donné des résultats probants, surtout en ce qui concerne les variables liées à l'emploi mais aussi, quoique de façon plus nuancée, en ce qui concerne certains domaines non vocationnels tels que le fonctionnement social, la symptomatologie et l'estime de soi (73), (74).

L'approche d'emploi accompagné est aujourd'hui considérée comme "la" pratique de référence dans de nombreux pays, certains ayant d'ailleurs converti leurs anciens dispositifs vers ce type de modèle (75).

Plusieurs méta-analyses relèvent pour la méthode IPS un taux d'insertion en milieu ordinaire d'environ 60% à l'issue d'un suivi de 18 mois en moyenne alors qu'il n'est que de 24% avec les autres méthodes d'accompagnement vers l'emploi en Amérique du Nord (34).

Des résultats semblables ont été obtenus dans une étude réalisée dans six pays européens, soit dans des contextes différents de ceux d'Amérique du Nord (76).

L'étude NEXEM (77) diligentée par Bernard PACHOUD et Marc CORBIERE en est aussi un très bon exemple. Le taux d'accès à l'emploi de cinq dispositifs d'emploi accompagné français était d'environ 30 % à 12 mois, compensée par un taux de maintien en emploi assez bon pour le handicap psychique, 56 % à 6 mois et 26 % à 12 mois.

Cependant, en 2008 MARSHALL et Al. (78) ont identifiés plusieurs facteurs conditionnant la réussite ce dispositif d'emploi accompagné, par exemple :

- Le dirigeant de l'équipe d'emploi accompagné doit être déterminé : il faut croire en ce modèle.
- Les accompagnants doivent croire dans le potentiel des personnes (bonne corrélation entre la capacité des personnes et la réussite).
- L'accompagnement ne doit pas être fait dans le bureau de la structure (au mieux sur le lieu de travail, en négociation avec le collectif de travail)

Les « Job coach » d'« Emploi accompagné 44 » se sont d'ailleurs essayés à lister ces compétences requises qui conditionnent selon eux considérablement l'efficacité de leurs accompagnements:

- Ouverture d'esprit, remise en cause, flexibilité mentale ;
- Empathie ;
- Prendre soin ;
- Croire dans le potentiel des personnes accompagnées
- Focalisation sur les forces et ressources des personnes soutenues ;
- Honnêteté et transparence ;
- Collaboration d'égal à égal ;
- Réciprocité d'action (50%/50%) ;
- Acceptation de soi, respect de sa personnalité naturelle
- Encourager la prise de risque ;
- Connaissance du monde de l'entreprise, ses attentes, ses valeurs et ses codes relationnels ;
- Contribution aux ajustements ou « aménagements » des conditions de travail, en fonction des possibilités et limites propres du travailleur, mais aussi de l'organisation dans laquelle il doit s'intégrer.

Enfin, il nous semble important de bien considérer que la réussite d'un accompagnement vers l'insertion professionnelle dépend de nombreux facteurs prédictifs environnementaux ou personnels (tels que les troubles cognitifs) aux dimensions multiples que nous devons nous efforcer de ne pas négliger.

Pour optimiser la réussite d'un programme d'emploi accompagné, il est clairement conseillé de continuer à développer des ponts avec le secteur sanitaire et les secteurs du médico-social, comme le prône le modèle IPS. C'est ce que nous nous efforçons de garantir en construisant le dispositif « Entretien-Conseil-Emploi » au CReSERC.

PARTIE 2 : DESCRIPTION DU DISPOSITIF « ENTRETIEN-CONSEIL-EMPLOI » MIS EN PLACE AU CReSERC.

A) PROBLEMATIQUE GENERALE

Les données actuelles indiquent que les personnes vivant avec un trouble psychiatrique sévère, tel que la schizophrénie, peuvent connaître un rétablissement : sans parler de guérison au sens d'un retour à un état antérieur *ad integrum*, ils peuvent accéder à une vie pleine et entière, satisfaisante, porteuse de sens, malgré certaines limites imposées par la maladie.

La réhabilitation psychosociale a pour objectif principal le rétablissement des patients atteints de handicap psychique. La « Valeur du Travail (Work Centered Process) » en est un des grands principes selon CNAAN et al. (79).

BOND et al montrent en 2008 que l'accès à l'emploi et à un accompagnement approprié est devenu possible pour la majeure partie des personnes vivant avec un handicap psychique, à la condition de bénéficier d'un accompagnement approprié (80).

Le dispositif « Entretien-Conseil-Emploi » mis en place récemment au CReSERC au CHU de Nantes s'inscrit dans cette intention de proposer un accès à un accompagnement approprié vers l'insertion ou la réinsertion professionnelle aux personnes en situation de handicap psychique.

Il existe à ce jour peu de travaux en France ayant décrit et analysé les dispositifs d'accompagnement médicosociaux pour les personnes vivant avec des troubles psychiques. Dans ce contexte actuel, et face au nouveau paradigme du rétablissement qui bouleverse les pratiques, la révision des modes d'accompagnement s'impose pour les adapter à cette nouvelle « culture du rétablissement ». Il est important d'améliorer la compréhension du handicap psychique et des facteurs qui influencent le parcours des personnes atteintes de troubles psychiques, pour améliorer l'intégration professionnelle des personnes vivant avec ces troubles. Le cadre de référence de notre projet s'inscrit donc dans celui des données actuelles qui identifient des facteurs prédictifs du retour à l'emploi

Contrairement à la croyance répandue que la sévérité du handicap est corrélée de façon linéaire à la sévérité de la maladie (voire à la sévérité seulement réputée de la maladie), l'expérience clinique comme les recherches empiriques montrent que le diagnostic n'est pas un facteur déterminant de la réinsertion (81).

Selon le Pr Bernard PACHOUD (82), ce n'est pas la maladie qu'il convient d'évaluer, c'est son retentissement fonctionnel ; les quatre principales dimensions du retentissement fonctionnel à évaluer sont l'autonomie dans la vie quotidienne, la qualité de vie subjective, l'étendue et la qualité des relations sociales, et l'insertion professionnelle.

Selon cet auteur, on peut schématiquement identifier des facteurs prédictifs du retour à l'emploi, corrélés au retentissement fonctionnel de la maladie, qui sont des facteurs prédictifs personnels et des facteurs prédictifs externes à l'individu (82).

Les principaux facteurs personnels à prendre compte sont :

-La psychopathologie et ses symptômes, surtout la symptomatologie négative : ralentissement, altération de la motivation, voire de la volonté, appauvrissement de l'activité (83), (84), (85), (86).

Il apparaît que les symptômes positifs (phénomènes hallucinatoires, idées délirantes, désorganisation de la pensée et du discours), bien qu'ils soient un bon indice de la sévérité des troubles, n'expliquent pas le retentissement fonctionnel (87).

-Les facultés cognitives et en particulier la mémoire verbale et les fonctions exécutives (88), (89), (90).

-Les capacités relationnelles et habiletés sociales, qui s'avèrent un paramètre clé du retour à l'emploi.

-Les facteurs motivationnels incluant le sentiment d'efficacité personnelle à trouver un emploi, à s'y adapter, à surmonter ses difficultés psychiques (32), (81).

-Le rapport qu'entretient le sujet au travail : l'expérience ou les compétences professionnelles acquises (l'histoire du sujet), les succès ou les échecs rencontrés au travail, des attentes et de la valeur accordée au travail, la durée d'interruption d'activité (82).

Les principaux facteurs externes et environnementaux à prendre en compte sont l'accès au service de réhabilitation, le mode et la qualité du soutien à l'insertion professionnelle et l'alliance de travail avec le conseiller d'insertion, le soutien social et familial (le regard que porte la famille et l'entourage sur le projet), et les possibilités d'aménagements du poste de travail en cas d'emploi (82)

B) CONTEXTE : ACCOMPAGNEMENT VERS L'EMPLOI ET SOINS DE REHABILITATION

1) L'accompagnement vers l'insertion professionnelle au CReSERC

Le CReSERC est un centre intersectoriel, dispensant et coordonnant des soins psychiatriques ambulatoires spécifiques pour des patients en situation de handicap psychique, dans le but de favoriser leur rétablissement et leur insertion dans la société. Il s'agit d'un service de réhabilitation psychosociale. La « Valeur du Travail (Work Centered Process) » est un des grands principes de la réhabilitation psycho-sociale (79).

Les patients suivis au CReSERC bénéficient à leur demande depuis 2017 d'un accompagnement par des internes en médecine du travail qui assurent l'animation d'un

programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) « Insertion Professionnelle du Handicap Psychique », participent à des soins de remédiation cognitive, et garantissent des consultations individuelles pour répondre à leurs questions sur le monde du travail. Les internes en médecine du travail enrichissent ainsi leurs compétences en matière d'insertion professionnelle et de handicap psychique à partir des questionnements des patients et de leurs projets de vie.

En complément de ces programmes de soin individuel et collectif existants, s'est mis en place en 2019 un dispositif complémentaire, l'« Entretien-Conseil-Emploi » (ECE), dans le cadre d'une collaboration entre un médecin du travail du CReSERC du CHU de Nantes et des conseillers en emploi accompagné du dispositif « Emploi Accompagné 44 » de l'ADAPEI 44. Nous décrirons ce dispositif par la suite.

Cette collaboration entre un médecin du travail impliqué dans un processus de soin, et des conseillers travaillant pour un établissement assurant un soutien à l'insertion professionnelle de personnes en situation de handicap psychique pose la question du respect du secret médical.

2) Le secret médical partagé

Le cadre légal du partage du secret médical a bien évolué depuis la Loi Kouchner de 2002 (91) qui ne prévoyait qu'un échange entre professionnels de santé.

Le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 (92) redéfinit un cadre réglementaire relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs du social et médico-social. Ce décret est institué par le Premier ministre, sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé ; il est précisé notamment dans l'article L. 1110-4 du code de la santé publique., et les articles L. 113-3, L. 232-3 et L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et il modifie les articles R1110-1 (V), R1110-2 (V), R1110-3 (V), et R1111-1 (M), R1111-6 (M), R1111-7 (M) du code de la santé publique.

Nous retiendrons certains articles qui érigent le cadre réglementaire de nos échanges lors du dispositif ECE :

-L'article R. 1110-1 du code de la Santé Publique (93) indique que : « les professionnels participant à la prise en charge d'une même personne peuvent, en application de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite :

- 1° Des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne ;
- 2° Du périmètre de leurs mission. »

-L'article L. 1110-4 du code de la Santé Publique (94) indique que : « Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

-L'article R. 1110-2 (95) nous dit que : « Les professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge appartiennent aux deux catégories suivantes :

1° Les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, quel que soit leur mode d'exercice ;

2° Les professionnels relevant des sous-catégories suivantes :

...g) Non-professionnels de santé salariés des établissements et services et lieux de vie et d'accueil mentionnés aux articles L. 312-1, L. 321-1 et L. 322-1 du même code, ou y exerçant à titre libéral en vertu d'une convention. »

- Selon l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (96) : « Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

... 8) Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ; ... »

-Enfin, selon l'article R. 1110-3.-I (97): « Le professionnel relevant d'une des catégories de l'article R. 1110-2 souhaitant échanger des informations relatives à une personne prise en charge, au titre de l'article L. 1110-4, avec un professionnel relevant de l'autre catégorie,

informe préalablement la personne concernée, d'une part, de la nature des informations devant faire l'objet de l'échange, d'autre part, soit de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève, soit de sa qualité au sein d'une structure précisément définie. ».

Pour garantir le respect du secret médical, nous avons donc informé les patients intégrant le dispositif ECE de notre souhait d'échanger entre médecin du travail et "jobs coaches" les informations nécessaires à la coordination et au suivi médico-social de leur dossier d'insertion professionnelle. Nous avons recueilli leur consentement par écrit au préalable du début du dispositif. (VOIR ANNEXE)

C) DESCRIPTION DE L'ENTRETIEN-CONSEIL-EMPLOI

L'« Entretien-Conseil-Emploi » (ECE) est un dispositif mis en place en 2019, dans un premier temps de manière spécifique pour des patients atteints de schizophrénie, et assuré par une collaboration entre un médecin du travail du CReSERC du CHU de Nantes et des conseillers en emploi accompagné du dispositif « Emploi Accompagné 44 » de l'ADAPEI 44.

Le projet de l'ECE était de permettre aux personnes accompagnées de bénéficier d'un accompagnement vers l'emploi qui soit novateur, avec un double regard concernant leur projet de vie professionnel leurs atouts et leurs limites concernant le retour à emploi. Il s'agit donc d'un dispositif d'accompagnement vers l'emploi destiné à des personnes en situation de handicap psychique, suivies au sein du CReSERC, et qui souhaitent travailler.

L'« Entretien-Conseil-Emploi » (ECE) se déroule en trois temps distincts :

1/ Le premier temps consiste en 2 entretiens individuels d'1h30 réalisés par un médecin du travail. L'objectif de ces deux temps était une évaluation des différents facteurs prédictifs du retour à l'emploi, listés par B. PACHOUD en 2009 (82).

Cette évaluation était de deux types :

- Un entretien individuel semi-structuré, suivant une grille préétablie, recueillant des données cliniques et motivationnelles.
- La passation de plusieurs échelles d'auto-évaluation utilisées comme support d'entretien avec les patients. Les évaluations étaient de deux types : celles concernant la « santé » et celles centrées sur l'« insertion professionnelle ».

« Santé » :

- Echelle d'insight (conscience des troubles) de BIRCHWOOD
- PANSS : symptômes positifs ou négatifs ou généraux de la maladie.
- Echelle ACSo 12 : Evaluation subjective des cognitions sociales
- Echelle SSTICS : Evaluation subjective des troubles cognitifs de la schizophrénie.

« Insertion professionnelle

- Etoile de compétence : outil construit selon les besoins du dispositif ECE ; auto évaluation quantitative du rapport entretenu au travail, de l'identité sociale liée à la maladie, du sentiment d'efficacité personnelle (Valeur accordée au travail, limites à l'insertion professionnelle, capacité à se projeter dans un avenir professionnel, risque d'échec futur au travail, capacité à parler de sa maladie avec les collègues de travail).
- Echelle EAS (Employability Appraisal Scale) : échelle d'auto-évaluation de l'employabilité (Comportement protecteurs et à risque pour le travail, self-control, recherche d'emploi, auto-formation).

VOIR ANNEXES

2/ Le deuxième temps d'« Entretien-Conseil-Emploi » consiste en un entretien conjointement réalisé par un Médecin du travail et deux « jobs coach » ou conseillers en emploi accompagné du dispositif « Emploi Accompagné 44 ». Une revue exhaustive des données sociodémographiques, de l'histoire professionnelle du patient et de ses projets professionnels était réalisée.

L'objectif était alors de valoriser le potentiel et les compétences des patients, de les rassurer et les guider, en répondant à toutes leurs questions ; et donc de les aider à faire évoluer leur rapport avec la notion de travail par l'expertise conjointe du médecin du travail, des intervenants jobs coach, et les points de vue éclairés du patient. Cette réflexion concernant le projet professionnel se fait à la lumière de l'ensemble des éléments recueillis lors du premier temps de l'ECE.

3/ Une évaluation à distance (3- 5 mois), effectuée en présence du médecin du travail dans le cadre d'un entretien individuel, explorait par un entretien clinique le devenir du patient, aussi bien sur le plan de la santé, que sur le plan occupationnel et professionnel, et en particulier sur le plan de son rapport entretenu avec le travail.

Lors de ce temps d'évaluation à distance, étaient réalisées deux auto-évaluations permettant un échange avec le patient sur les évolutions perçues, dans l'optique d'évaluer l'évolution du rapport entretenu avec le travail :

- Etoile de compétence en 5 questions : auto-évaluation quantitative du rapport entretenu au travail, de l'identité sociale liée à la maladie, du sentiment d'efficacité personnelle (Valeur accordée au travail, limites à l'insertion professionnelle, capacité à se projeter dans un avenir professionnel, risque d'échec futur au travail, capacité à parler de sa maladie avec les collègues de travail).
- Employability Appraisal Scale (EAS) : échelle d'auto-évaluation de l'employabilité (Comportement protecteurs et à risque pour le travail, self-control, recherche d'emploi, auto-formation).

VOIR ANNEXES

PARTIE 3: ETUDE « Insertion professionnelle et schizophrénie : évaluation d'un Entretien-Conseil-Emploi par un binôme médecin du travail et chargé d'insertion en milieu sanitaire.»

A) OBJECTIFS

1) Objectif principal

Cette étude porte sur la réinsertion professionnelle de patients atteints de schizophrénie. Elle a pour objectif d'évaluer les effets de la mise en place au CReSERC d'un dispositif d'évaluation de l'employabilité et de conseil au sujet de l'insertion professionnelle de personnes souffrant de schizophrénie.

L'objectif principal de cette étude était d'observer l'impact du dispositif "Entretien-Conseil-Emploi"(ECE) sur l'un des facteurs prédictifs personnels du retour à l'emploi, le rapport entretenu avec le travail, de patients atteints de schizophrénie et suivis au CReSERC, et ce, à partir d'une analyse rétrospective des données quantitatives, et d'une analyse qualitative à travers un Focus group.

2) Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient :

- d'observer le devenir professionnel ou occupationnel des individus 3/5 mois après le programme
- de recueillir des données qualitatives lors d'un Focus Groupe à partir des ressentis subjectifs des patients concernant les avantages et inconvénients du dispositif ECE.

- d'observer l'impact du dispositif "Entretien-Conseil-Emploi" (ECE) sur d'autres facteurs prédictifs du retour à l'emploi, qu'ils soient personnels (tels que la psychopathologie, les capacités relationnelles ou les facteurs motivationnels) ou externes et environnementaux (tels que le mode et la qualité du soutien à l'insertion professionnelle, le soutien social et familial, et les possibilités d'aménagements du poste de travail en cas d'emploi.)

B) METHODOLOGIE

1) Méthodologie générale de la recherche

Notre recherche est une étude mono-centrique mixte, comprenant un versant quantitatif : étude observationnelle sur des données existantes, et un versant qualitatif : recueil du discours des personnes accompagnées lors d'un Focus Group

a) Méthodologie quantitative

L'étude observationnelle quantitative a été réalisée sur les données existantes au sein du CReSERC concernant les patients qui ont bénéficié du dispositif « Entretien-Conseil-Emploi ». L'étude est non interventionnelle, l'ensemble des évaluations faisant partie intégrante du dispositif de soins, et l'étude des données est réalisée sur les dossiers médicaux de manière rétrospective.

Nous avons observé des données recueillies sur les dossiers médicaux de l'ensemble des patients ayant bénéficié de l'ensemble du programme, soit 8 patients en situation de handicap psychique atteints de schizophrénie, et accompagnés par le dispositif "Entretien-Conseil-Emploi" sur une durée de 1 an, entre Juillet 2019 et Aout 2020. Ces données étaient réparties en thématique de « santé » et « insertion professionnelle ».

Ces données quantitatives étaient analysées sur une période d'un an, incluant pour ces 8 patients 3 temps d'évaluation :

- L'évaluation initiale (Temps 0 ou T0) par le médecin du travail.
- Un entretien conjoint en binôme médecin du travail-chargé d'insertion à T0.
- L'évaluation à distance (3 à 5 mois, Temps 1 ou T1) par le médecin du travail.

b) Méthodologie qualitative

L'étude qualitative non interventionnelle a été réalisée dans le cadre d'un entretien individuel recueillant l'ensemble des données sociodémographiques et professionnelle à T0 et T1 et d'un entretien semi-structuré de type Focus group constitué au terme de l'accompagnement, à 1 an de distance, avec les 6 patients de l'étude qui étaient volontaires pour y participer et ont donné leur consentement écrit.

2) Description des outils

a) Description des outils quantitatifs

L'étude a porté sur des facteurs prédictifs personnels du retour à l'emploi de personnes atteintes de schizophrénie (82). Ces facteurs prédictifs comme indiqué dans la méthodologie, sont répartis en thématique « santé » et « insertion professionnelle ».

Le choix des outils s'est donc fait en fonction des déterminants identifiés dans la littérature comme clés sur ces 2 dimensions.

Tableau 1 : Etude observationnelle quantitative des données

Etude Quantitative	
Objectif : Evaluer l'évolution du rapport entretenu avec le travail des bénéficiaires.	
Méthode : Etude longitudinale (3 à 5 mois d'intervalle)	Mesure : 3 à 5 mois d'ancienneté de la thématique « insertion professionnelle » (n=7 patients)
Thèmes généraux : Santé Insertion professionnelle	Variables étudiées : -Echelle d'insight de BIRCHWOOD -PANSS : intensité des symptômes -Echelle SSTICS : Fonctions cognitives -Echelle ACSO 12 : Cognitions sociales -Echelle EAS : Echelle d'auto-évaluation de l'employabilité -Etoile de compétence en 5 questions

Thématique « santé »:

L'évaluation de la thématique « santé » a uniquement été réalisée au début du programme (Temps 0 ou T0) pour décrire la population d'étude et être en capacité de faire des liens avec l'évolution en fin de programme. Pour ce faire, a été réalisée par la passation au temps 0 (T0)

de plusieurs échelles explorant les facteurs prédictifs du retour à l'emploi en rapport avec la maladie (la psychopathologie par l'échelle de BIRCHWOOD et la PANSS, les facultés cognitives par l'échelle SSTICS et l'échelle ACSo).

Les questionnaires administrés dans cette étude sont consultables en ANNEXE

L'échelle d'insight de BiRCHWOOD

Mise au point par (98) et traduite en français en 2006 par J. FAVROD et al., cette échelle permet d'évaluer la conscience d'avoir un trouble psychique, que les auteurs anglo-saxons traduisent par "insight" dans la schizophrénie. Elle est considérée actuellement comme un outil satisfaisant d'auto-évaluation globale de l'insight dans la schizophrénie. Cette échelle comporte 8 items évalués sur une échelle de 3 points (0=en désaccord, 1=incertain, d'accord=2). Les résultats détaillent un score global d'insight et 3 sous-scores (la conscience des symptômes, la conscience de la maladie, le besoin de traitement).

L'échelle PANSS : Positive And Negative Syndrome Scale

Mise au point par KAY et al. en 1989 (99) et traduite en français par JP. LEPINE en 1999, la PANSS est une échelle qui permet d'évaluer les symptômes psychopathologiques observés chez des patients présentant des états psychotiques, particulièrement la schizophrénie. Cette échelle à 30 items, cotés de 1 (absent) à 7 (extrême), Elle permet de calculer les scores de trois dimensions : symptômes positifs (7 items), symptômes négatifs (7 items) et psychopathologie générale (16 items). Outre cette cotation dimensionnelle, il est possible également d'évaluer le patient selon une typologie catégorielle (diagnostics de sous-types) qui permet ainsi de distinguer les formes positives, négatives et mixtes de la schizophrénie. Un entretien semi-structuré, détaillé dans le manuel de cotation, a été utilisé pour assurer une meilleure fiabilité du recueil des éléments cliniques.

L'échelle SSTICS: the Subjective Scale To Investigate Cognition in Schizophrenia

Mise au point par STIP et al. en 2003 (100) cette échelle créée en français permet d'évaluer les plaintes relatives aux fonctions cognitives que présentent les schizophrènes. Elle est considérée actuellement comme un outil satisfaisant d'auto-évaluation globale des capacités cognitives dans la schizophrénie et valable pour le handicap psychique en général. Cette échelle comporte 21 items évalués sur une échelle de Likert en 5 points (de 0= « jamais » à 4= « très souvent »). Les résultats détaillent un score global de plainte cognitive et 3 sous scores (sous-score 'mémoire', sous-score 'attention', sous-score 'fonction exécutive').

L'échelle ACSO 12 : Auto-évaluation des troubles de la Cognition Sociale

Mise au point dans le cadre d'un travail de partenariat autorisé par la RDA 3557 et porté par l'institut de psychiatrie, cette échelle a été évaluée très récemment par GRAUX et al en 2019 (101). L'ACSo est une échelle d'auto-évaluation conçue pour l'évaluation des composants pertinents de la cognition sociale dans le cadre des troubles mentaux associés à des troubles cognitifs sociaux (schizophrénie, troubles bipolaires, TSA, TDAH, dépression ou troubles de la personnalité). Elle aujourd'hui considérée comme un outil satisfaisant d'auto-évaluation de la cognition sociale. Cette échelle comporte 12 items évalués sur une échelle de Likert en 5 points (de 0= « jamais » à 4= « très souvent »). Les résultats détaillent 4 sous scores (sous-score 'perception émotionnelle', sous-score 'perception et connaissance sociales', sous-score 'théorie de l'esprit', sous-score 'biais attributionnels').

Thématique « insertion professionnelle » :

Concernant la thématique « insertion professionnelle », l'évaluation a été réalisé au début du programme (Temps 0 ou T0) et à 3/5 mois d'intervalle (Temps 1 ou T1) pour être en capacité de faire des liens avec l'évolution en fin de programme.

Nous avons analysé les résultats aux évaluations quantitatives (l'échelle EAS et l'étoile de compétence), afin d'évaluer d'une part le rapport qu'entretenait le sujet au travail : l'expérience ou les compétences professionnelles acquise, les succès ou les échecs rencontrés au travail, la valeur accordée au travail, la durée d'interruption d'activité, et d'autre part les facteurs motivationnels incluant le sentiment d'efficacité personnelle à trouver un emploi, à s'y adapter, à surmonter ses difficultés psychiques.

Les questionnaires administrés dans cette étude sont consultables en ANNEXE

Echelle EAS: Employability Appraisal Scale

Développée initialement en espagnol et en anglais par LINARES et al en 2018 en Espagne (102), nous avons fait traduire en français par un professeur agrégé d'espagnol pour les besoins du programme. Nous n'avons cependant pas « rétro-traduit » du français vers l'espagnol.

L'EAS est une échelle d'auto-évaluation de l'employabilité fondée sur le modèle bioécologique de l'employabilité (103).

Le modèle bioécologique de l'employabilité ne se focalise pas uniquement sur les facteurs personnels (104), mais aussi sur les situations individuelles ou les facteurs contextuels de l'individu (familiaux, économiques, culturels, contexte historique etc....), les paramètres du

contexte écologique, et la dimension temporelle du parcours d'un individu. L'employabilité doit aussi être pensée au sein d'un certain contexte social, environnemental, qui influence l'individu et son parcours de vie. Avec l'utilisation de l'échelle EAS, l'employabilité peut être vue comme un méta-compétence (multidimensionnelle), qui mène à l'acquisition et la conservation d'un travail.

L'EAS est une échelle qui pourra être étudiée pour n'importe quelle population : genre, ethnie, classe sociale, niveau d'éducation, situation professionnelle, ou groupes vulnérables, handicap psychique. C'est un outil adéquat pour mesurer l'employabilité qui présente une validité, une fiabilité, de bonnes propriétés psychométriques et les critères nécessaires à l'interprétation des scores.

C'est un questionnaire auto-administré de 35 items qu'une analyse factorielle a réparti sur 5 dimensions : comportements protecteurs (12 items), comportements à risque (10 items), recherche d'emploi (6 items), self-control, auto-formation (3 items). Pour chaque énoncé, la personne doit déterminer son niveau d'accord sur une échelle de Likert à 5 points (1= tout à fait en désaccord et 5= tout à fait en accord). Les résultats détaillent 5 sous-scores qui permettent évaluer globalement une dimension majeure du rapport entretenu avec le travail : l'expérience ou les compétences professionnelles acquises.

Etoile de compétences en 5 questions

L'étoile de compétence est un outil répandu dans les diagnostics éducatifs de l'éducation thérapeutique (ETP), et plus largement dans les outils d'évaluation en réhabilitation psychosociale.

La structure de cette étoile de compétence et les items choisis étaient fondés sur les publications scientifiques concernant les facteurs prédictifs du retour à l'emploi

L'étoile de compétence du dispositif ECE était construite comme suit :

Il s'agit d'un questionnaire auto-administré de 5 items que notre analyse factorielle a réparti sur 5 questions, qui entendent passer en revue les dimensions du rapport entretenu avec le travail et des facteurs motivationnels ; pour chaque énoncé, la personne doit déterminer son niveau d'accord sur une échelle de 0 à 10 (0= tout à fait en désaccord et 10= tout à fait en accord)

- « Je sais pourquoi le fait de travailler est important pour moi » :

(Rapport entretenu avec le travail : la valeur accordée au travail)

- « Je peux citer 3 limites à mon insertion professionnelle »

(Rapport entretenu avec le travail : l'expérience ou les compétences professionnelles acquises, les succès ou les échecs rencontrés au travail, des attentes et de la valeur accordée au travail, la durée d'interruption d'activité)

(Facteurs motivationnels : le sentiment d'efficacité personnelle à trouver un emploi, à s'y adapter, à surmonter ses difficultés psychiques.)

- « Mes connaissances actuelles me permettront de ne pas vivre un nouvel échec lié à l'emploi »

(Rapport entretenu avec le travail : l'expérience ou les compétences professionnelles acquises, les succès ou les échecs rencontrés au travail, la durée d'interruption d'activité)

(Facteurs motivationnels : le sentiment d'efficacité personnelle à trouver un emploi, à s'y adapter, à surmonter ses difficultés psychiques.)

- « Je suis capable d'expliquer mon trouble psychologique à mes collègues... »

(Rapport entretenu avec le travail : les succès ou les échecs rencontrés au travail)

(Facteurs motivationnels : le sentiment d'efficacité personnelle à trouver un emploi, à s'y adapter, à surmonter ses difficultés psychiques.)

- « J'arrive à me projeter concrètement dans un avenir professionnel »

(Facteurs motivationnels : le sentiment d'efficacité personnelle à trouver un emploi, à s'y adapter, à surmonter ses difficultés psychiques.)

b) Description des outils qualitatifs

Données sociodémographiques et professionnelles

Nous avons considéré important de passer en revue les données sociodémographiques des participants pour décrire la population d'étude, et être en capacité d'évaluer l'impact du dispositif ECE sur le devenir des participants. Les données sociodémographiques ont été recueillies dans le dossier patient.

- Le Sexe.

- L'âge.

- L'état civil.

- Les sources de revenus.

- Le type de logement.
- L'existence d'un déménagement dans les 12 derniers mois.
- Le plus haut niveau de scolarité.
- Les années d'expériences professionnelles avant l'accompagnement.
- La durée d'inactivité avant l'accompagnement ECE.
- L'activité professionnelle, activité associative, formation en cours, le suivi par un dispositif d'accompagnement vers l'emploi.

Focus group

Définition du Focus group :

Selon Jenny KITZINGER (106), les focus groups sont des discussions de groupe ouvertes, organisées dans le but de cerner un sujet ou une série de questions pertinents pour une recherche. Elle consiste en un groupe de discussion suivant une trame d'entretien semi structurée, dans le but de recueillir l'ensemble des points de vue de chaque participant sur le sujet étudié. Elle ne vise pas l'obtention d'un consensus, mais un inventaire exhaustif des avis de chaque participant. Le focus group est conduit par un animateur neutre, assisté par un observateur, dont le rôle est de préciser les questions non clarifiées. L'animateur exploite la dynamique de groupe pour faire émerger les différents points de vue.

Le focus group fait partie des techniques d'enquête qualitative, par opposition aux enquêtes quantitatives reposant sur un questionnaire. Le focus group est habituellement considéré comme une technique d'entretien semi-structuré (106)

Cette technique est aujourd'hui très utilisée dans les pays anglo-saxons dans les travaux de recherche en soins primaires dans une optique qualitative de recueil d'informations et d'opinions de manière systématique et vérifiable sur des thèmes variés. Une consultation sur PubMed (16 Avril 2020) a permis d'identifier 114188 publications référencées sous le mot clé « Focus group » (sans limitation temporelle). La répétition de la requête en spécifiant « langue française » a identifié 509 publications en 2020.

Méthodologie de notre Focus Group :

Dans cette partie, nous suivrons une méthodologie combinant les conseils et préceptes de plusieurs publications scientifiques de référence, pour décrire notre Focus Group (107), (108), (109).

Sélection des participants :

La plupart des études utilisant les focus groups rendent compte d'investigations poussées sur un petit nombre d'individus et évitent les investigations sur un grand nombre de personnes. Leur nombre varie en fonction du sujet étudié et des ressources disponibles. (106)

La participation à l'étude était proposée à l'ensemble des patients ayant bénéficié de l'«Entretien-Conseil-Emploi» au sein du CReSERC, sauf refusant ou présentant un critère de non-inclusion à l'étude.

Nous avons fixé à minimum 5 et maximum 8 le nombre de participants pour le groupe.

Les participants avaient formulé leur consentement écrit pour participer au Focus Group.

Concernant les critères de non-inclusion, ne pouvaient pas participer à l'étude les patients ne formulant pas le souhait de travailler ou refusant de participer au focus group, les patients ayant une mauvaise maîtrise de la langue française, les patients mineurs, les femmes enceintes, et les patients sous mesure de représentation (tutelle).

Thème de notre étude :

L'accompagnement à l'insertion professionnelle de patients schizophrènes lors du dispositif «Entretien-Conseil-Emploi».

Le problème posé :

Quelles sont les représentations subjectives de nos patients sur les avantages et inconvénients du dispositif «Entretien-Conseil-Emploi»(ECE) ?

Objectif du Focus Group :

Recueillir des données qualitatives à partir des ressentis subjectifs des patients ayant bénéficié de cet accompagnement « Entretien-Conseil Emploi » au CReSERC. Identifier quels en seraient les intérêts, et les inconvénients, et quel impact a eu l'ECE sur les facteurs prédictifs du retour à l'emploi.

Collecte des données :

L'organisation de la séance et la collecte des données par le groupe a eu lieu mi-juin 2020, conformément aux conseils des publications de KITZINGER et KRUEGER (106), (108), dans une salle neutre, agréable et conviviale, destinée à des séances d'éducation thérapeutique au sein de l'hôpital psychiatrique Saint-Jacques à Nantes. La séance de groupe était d'une durée de deux heures et était intégralement enregistrée.

En début de séance, le principe du « Focus group » et le cadre de séance ont été présentés aux participants. Il leur a été demandé leur accord écrit pour l'enregistrement et la retranscription de tout ce qui se dirait pour l'analyse ultérieure et l'utilisation des données à des fins scientifiques. Le respect de l'anonymat et de toutes les opinions est obligatoire et ceci a été annoncé en début de séance.

Le contenu du discours au cours du Focus Group a été retranscrit par écrit et considéré comme une donnée source. La bande son a été détruite dès le Focus group retranscrit sur un fichier WORD.

Déroulement de la séance :

La discussion était animée par le meneur de l'étude ainsi qu'un psychiatre, ayant chacun des expériences de facilitation de groupes pour le premier, et de groupes focalisés pour le second.

Le groupe ne visant pas à recueillir des connaissances sur le sujet, les participants pouvaient interroger les animateurs lors de la séance sur les éléments objectifs de l'« Entretien-Conseil-Emploi » en psychiatrie.

Était attendue des groupes l'expression d'avis vastes et contrastés, potentiellement divergents, et non pas la recherche d'un consensus. L'objectif était de les faire discuter des aspects qui les opposent, qui les relient, des nuances entre leurs visions, leurs croyances ou leurs opinions sur ce sujet.

Les représentations des patients sur le sujet étaient recueillies par l'expression des avantages et inconvénients à la mise en place de l'« Entretien-Conseil-Emploi » en psychiatrie. Après un temps de réflexion individuel sur post-it, ces éléments étaient collectés oralement : les participants pouvaient restituer leurs avis, dans une discussion ouverte.

Les données recueillies étaient notées en temps réel sur un tableau et classées en deux colonnes « avantages » et « inconvénients ». Les réponses écrites étaient également récupérées. Le poids des divers avantages et inconvénients recueillis était estimé par les participants en fin de séance, selon l'importance des différents arguments estimée par chaque participant.

Nous concluons par la proposition de partage d'une ou plusieurs émotions au choix parmi une liste, correspondant à l'état émotionnel en fin d'entretien.

c) RESULTATS

1) Description de la population d'étude

Concernant les critères de recrutement de l'étude, les personnes interrogées dans cette étude étaient l'ensemble des 7 patients ayant bénéficié du dispositif "Entretien-Conseil-Emploi" dans son entier, c'est-à-dire aux trois temps du programme d'évaluation et d'accompagnement.

Tous les patients étaient atteints de schizophrénie, de trouble schizo-affectif, ou de psychose blanche ; le diagnostic ayant été établi par un psychiatre.

Ils n'avaient pas d'activité professionnelle en cours lors du début de leur accompagnement. Ils étaient en âge de travailler, et avaient formulé le souhait de travailler au moment du début de l'accompagnement. Des comorbidités étaient possibles et signalées dans le dossier médical. Le programme pouvait inclure des patients sous tutelle ou curatelle.

La participation à l'étude leur a été proposée lors d'une consultation conseil en médecine du travail réalisée par l'interne en médecine du travail au CReSERC. L'objectif principal et les objectifs secondaires de l'étude leur ont été exposés au préalable du recueil de leur consentement écrit.

Pour l'un des 8 patients accompagnés pendant cette période d'un an, des données manquaient pour l'évaluation à distance puisque le patient avait interrompu les soins au CReSERC. Les résultats de l'évaluation à distance n'ont donc pu être recueillis qu'auprès de 7 patients.

Tableau 2 : Données sociodémographiques et professionnelles au Temps 0 (T0)

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6	Patient 7	Patient 8
Genre	H	F	F	H	H	H	H	H
Age	47	53	22	41	39	33	51	36
Etat civil	Célibataire	Célibataire	Célibataire	Célibataire	Célibataire	Célibataire	Conjointe	Célibataire

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6	Patient 7	Patient 8
Sources revenus	AAH/ Invalidité 1 (Lombaire)	AAH/APL	AAH	Congé Longue Durée	AAH/Alloca tion Chômage	Revenus locatifs Pension d'invalidité	AAH/ ASS	AAH
Type de logement	Seul	Famille	Famille	Seul	Seul	Seul	Seul	Famille
Nb de déménagement dans les 12 derniers mois	0	0	0	0	1	0	0	0
Niveau scolarité	BEP/CAP paysagiste DAEU	Etudes supérieures Bac + 2	Bac ES	Etudes supérieures DUT électricité	CAP menuiserie	Bac + 1 ère année d'IUT	Bac + 2: Conducteur de travaux	CAP paysagiste
Années d'expérience pro avant accompagnement	25	6	3	15	25	10	20	4
Durée d'inactivité avant ECE	2 ans	3 mois	5 ans	3 ans	4 mois	1 an	11 ans	12 ans

L'effectif étudié était initialement (T0) constituée de 8 patients. 75% étaient des hommes et 25% des femmes.

Les âges de la population variaient entre 22 et 53 ans.

62,5% d'entre eux vivaient seuls (1 personne a déménagé dans les 12 derniers mois) et 37,5 % vivaient en famille.

87,5 % d'entre eux étaient célibataires, 12,5 % était en concubinage non marié.

L'ensemble des patients avaient des revenus. 75 % bénéficiant de l'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés), (1/3 ne percevaient que l'AAH, 1/6 l'AAH + l'Allocation chômage, 1/6 l'AAH + l'ASS (Allocation de Solidarité Spécifique), 1/6 l'AAH + les APL (Aide Personnalisée au logement), 1/6 l'AAH + pensions d'invalidité).

Concernant le niveau d'étude, 25 % avaient le niveau CAP (Certificat d'études Professionnelles) / BEP (Brevet d'Etudes Professionnelles), 25 % le Niveau Baccalauréat (Bac) et 50 % avaient fait des études supérieures.

Avant l'accompagnement, les participants avaient 3 à 25 ans d'expérience professionnelle, et la durée de leur inactivité professionnelle allait de 3 mois à 12 ans.

L'effectif de l'évaluation à 3-5 mois (Temps 1 ou T1) était de 7 patients atteint de schizophrénie et accompagnés par le dispositif « Entretien-Conseil-Emploi » au sein du CReSERC, service de réhabilitation psychosociale au CHU de Nantes. Ce temps d'évaluation à distance s'est déroulé entre Janvier et Avril 2020.

2) Résultats de l'analyse quantitative

L'objectif principal était d'évaluer l'impact de l'Entretien-Conseil-Emploi sur le rapport entretenu avec le travail, un des facteurs prédictifs personnels du retour à l'emploi. Un des objectifs secondaires était d'évaluer l'impact de l'ECE sur un autre facteur prédictif du retour à l'emploi : les facteurs motivationnels.

Pour ce faire, nous avons réalisé une analyse quantitative sur les différentes dimensions du questionnaire EAS et sur l'étoile de compétences. Afin de réaliser nos tests statistiques, nous avons calculé au préalable un score global pour l'étoile de compétences pour chaque patient en additionnant le score obtenu à chaque item (score global sur 50).

Les données de la littérature montrent que le questionnaire EAS comporte 5 dimensions : comportements protecteurs (12 items), comportements à risques (10 items), « self-control » (4 items), recherche d'emploi (6 items), auto-formation (3 items). Nous avons donc calculé 5 sous-scores reflétant ces 5 dimensions pour chaque patient suivi, en additionnant le score obtenu à chaque item de la dimension.

Parmi les 8 patients suivis, l'un d'entre eux a été perdu de vue. Le très faible effectif a rendu compliquée la gestion des données manquantes. Nous avons donc décidé d'exclure ce patient pour la réalisation des tests de comparaisons.

En raison du faible nombre de patients inclus et de la distribution non-normale des différentes variables étudiées, nous avons décidé d'utiliser le test des rangs de Wilcoxon apparié, chaque patient étant son propre témoin.

Les principaux résultats des tests sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau 3 : Résultats de l'analyse quantitative

	Moyenne à T0	Moyenne à T1	p-value
Étoile de compétences (/50)	29,93 (sd=7,17)	29,86 (sd=6,36)	1
Comportements protecteurs (/60)	44,14 (sd=7,06)	44,14 (sd=5,93)	1
Comportements à risques (/50)	32,43 (sd=5,53)	31,57 (3,78)	0,67
« Self-control » (/20)	11,71 (sd=4,23)	9 (sd=4,58)	0,14
Recherche d'emploi (/30)	13,57 (sd=7,18)	16,57 (sd=5)	0,46
Auto-formation (/15)	10,14 (sd=1,95)	9,57 (sd=2,51)	0,25

Nous n'avons donc pas retrouvé de différence significative en termes de rapport entretenu avec le travail notamment en ce qui concerne les expériences ou compétences acquises, et de facteurs motivationnels.

3) Résultats de l'analyse qualitative

a) Données sociodémographiques et professionnelles

Une étude qualitative de l'évolution des données sociodémographiques et professionnelles a été réalisée à 5 mois de distance concernant les 7 patients participant à l'étude.

Les résultats obtenus ont largement dépassé nos attentes puisque 5 des 7 participants avaient démarré ou allaient démarrer une activité professionnelle ou universitaire en milieu ordinaire :

- Le patient 1, conformément à nos conseils, avait décidé d'arrêter l'intérim et de postuler en entreprise adaptée. Il a obtenu un poste en CDD (Contrat à Durée Déterminée) renouvelable en tant qu'agent de maintenance ; ce CDD a été prolongé jusqu'en Décembre 2020.
- Le patient 2 a obtenu un poste saisonnier en CDD de 3 mois en tant que chargé d'assistance en assurance.
- Le patient 3 a commencé un DIU en droit société et pluralisme religieux à la faculté de Nantes, et a bénéficié d'un tutorat par l'association Handisup (association d'aide humaine, d'accompagnement social et d'inclusion, pour soutenir l'autonomie d'enfants et d'étudiants en situation de handicap). Il a finalement réussi à valider son DIU avec mention bien et souhaite maintenant faire un service civique pour reprendre contact avec le monde du travail.
- Le patient 5 a obtenu un CDD reconductible de 6 mois en tant que chauffeur livreur.
- Le patient 6, qui souhaitait « travailler dans le monde de la banque », mais n'avait pas réussi à intégrer un BTS banque du fait de son âge (33 ans), a intégré le dispositif « retravailler dans l'ouest » et démarre un stage d'immersion de 3 mois dans le monde la banque en Septembre 2020

Concernant les 2 autres participants :

- Le Patient 7 a fait une demande d'orientation « Emploi accompagné » à la MDPH pour bénéficier de l'appui d'« Emploi accompagné 44 » pour un retour à l'emploi. Il était prêt à patienter pour avoir une place dans le dispositif, ne se sentant « pas capable d'y arriver tout seul ».
- Le Patient 4 est toujours en Congé Longue Durée dans la fonction publique, ne sentant « pas prêt à retravailler ».

Tableau 4 : Données sociodémographiques et professionnelles au Temps 1 (T1)

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6	Patient 7
Genre	H	F	F	H	H	H	H
Age	47	53	22	41	39	33	51
Etat civil	Célibataire	Célibataire	Célibataire	Célibataire	Célibataire	Célibataire	Conjointe

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6	Patient 7
Sources revenus	AAH/Invalidité 1 (Lombaire)	AAH/APL	AAH	CLD	AAH/Allocation Chômage	Revenus locatifs Pension d'invalidité /chômage/ Prévoyance	AAH/ASS
Type de logement	Seul	Famille	Famille	Seul	Seul	Seul	Seul
Nb de déménagement dans les 12 derniers mois	0	0	0	0	1	0	0
Niveau scolarité	BEP/CAP paysagiste DAEU	Etudes supérieures Bac + 2	Bac ES	Etudes supérieures DU T électricité	CAP menuiserie	Bac + 1 ^{ère} année d'IUT	Bac + 2: Conducteur de travaux
Années d'expérience pro avant accompagnement	25	6	3	15	25	10	20
Activité pro, associative, formation, accompagnement vers l'emploi	Entreprise adaptée : Agent de maintenance CDD 10 mois	Chargé d'assistance en assurance CDD 3 mois saisonnier	DIU : Droit, société et pluralisme religieux Validé mention bien Souhait Service civique	/	Chauffeur/Livreur CDD 6 mois	Stage d'immersion de 3 mois dans le milieu de la banque avec "retravailler grand ouest"	Demande d'orientation "Emploi accompagné" à MDPH.

b) Focus group

Les avantages et inconvénients du dispositif ECE :

Comme évoqué dans la méthodologie du Focus group, les représentations des 6 participants étaient recueillies par l'expression des avantages et inconvénients de la mise en place de l'« Entretien-Conseil-Emploi » au CReSERC, dans l'optique de répondre à un des objectifs secondaires de l'étude. Les données recueillies étaient notées en temps réel sur un tableau et classées en deux colonnes « avantages » et « inconvénients », dont voici le résultat à l'issue de la séance.

Tableau 5 : Les avantages et inconvénients du dispositif ECE

Avantages	Inconvénients
Une analyse centrée sur le travail avec le médecin du travail, moi et le travail, moi et mes problèmes avec le travail	Pas assez d'entretiens pendant l'accompagnement ECE.
	Pas de SMS ou mail systématique avant chaque séance (voudrait éviter d'en rater une)
Rencontrer les Jobs Coach d'emploi accompagné (expertise, bienveillance, motivation, confiance en soi). Découvrir « emploi accompagné », donner envie de s'y inscrire.	Il y a une longue liste d'attente « Emploi accompagné ». Je suis déçu de devoir attendre. C'était frustrant de ne pas pouvoir être accompagné plus longtemps.
Aide à reconnaître/admettre ses difficultés, reconnaître son handicap, et accepter de se faire aider.	Pas de soutien psychologique proposé pendant l'accompagnement ECE. Pas d'espace de discussion sur notre vécu en situation d'insertion professionnelle ou de travail.
Aide à reconnaître ses points forts et les mettre en valeur (hobbies, travail, études	Pas de lien fait avec le psychiatre, pour adapter le traitement au fur et à mesure du parcours d'insertion professionnelle
Etre moins rêveur, plus réaliste. Plus au clair avec mes diplômes, ce que je sais faire ou ne sais pas faire.	
Etre plus au clair avec mon parcours	
Apprendre à savoir ce que je veux et ne veux pas.	

Aide à savoir de quoi on a besoin, dans quelles conditions on veut travailler (milieu de travail, tâches, horaires fixes et temps de travail, conditions de travail, bienveillance)	
Soutien, se sentir épaulé, un peu plus de confiance en soi	
Savoir un peu mieux pourquoi je n'ai pas confiance en moi.	
Bien se préparer à un entretien, rédiger ses réponses etc..	
Je décroche plus d'entretiens.	
Avoir l'esprit plus détaché pour parler, dans le cadre d'un suivi extérieur à l'entreprise	

Décontextualisation-recontextualisation du corpus :

Nous avons utilisé la méthode de décontextualisation-recontextualisation du corpus (110) pour regrouper les propos de nos patients (dont nous garderons les numéros donnés pendant l'analyse quantitative) en catégories et décrire de manière intelligible et structurée en quoi ce Focus group nous a permis de répondre à nos objectifs d'étude, qu'ils soient principal ou secondaires. La décontextualisation consiste à sortir de son contexte un extrait du texte afin de le rendre sémantiquement indépendant, dans le but de créer des catégories ou des thèmes regroupant tous les extraits traitant d'un sujet en particulier. Le « sujet » regroupant les extraits reliés à ce thème s'appelle un code dans le langage de l'analyse qualitative. La recontextualisation, quant à elle, est obtenue en amalgamant les codes ou les catégories préalablement décontextualisés pour en faire un tout intelligible et porteur de sens.

Résultats concernant le rapport entretenu avec le travail, facteur prédictif personnel du retour à l'emploi.

L'objectif principal de cette étude était d'observer l'impact du dispositif "Entretien-Conseil-Emploi"(ECE) sur l'un des facteurs prédictifs personnels du retour à l'emploi, le rapport entretenu avec le travail, de patients atteints de schizophrénie et suivis au CReSERC.

Comme l'écrit B. PACHOUD (82) le rapport entretenu avec le travail implique plusieurs dimensions (la durée d'interruption d'activité, l'expérience ou les compétences acquises, les succès ou les échecs rencontrés au travail, la valeur accordée au travail) ; l'ensemble de ces dimensions a été évoqué par nos participants lors du Focus Group.

- **La durée d'interruption d'activité:**

En début de séance, deux participants se sont spontanément présentés à partir de leur durée d'interruption d'activité :

-Le patient 7 : « Moi je n'ai pas travaillé depuis 12 ans. Le dernier emploi que j'ai fait j'étais conducteur de travaux. »

-Le patient 6 en rebondissant sur ces propos : « Mon dernier travail c'était il y a 1 an comme employé de libre-service en grande surface pendant un an et demi. »

- **L'expérience ou les compétences acquises :**

Nous retenons deux propos qui représentent bien l'impact positif du dispositif ECE sur la compréhension du propre parcours professionnel et de ses compétences :

-Selon les dire du patient 2, les outils d'évaluation quantitative et qualitative ont permis d'acquérir une meilleure connaissance de cette dimension particulière de son rapport entretenu avec le travail : « C'était beaucoup beaucoup de questions posées. Mais ça m'a permis d'avoir une analyse centrée sur le cadre du travail, les emplois que j'ai occupés et mon parcours professionnel. Je suis déjà plus au clair avec mon parcours professionnel à travers toutes ces questions-là. »

-Le patient 3 confirme ces dire en évoquant l'évaluation conjointe en binôme médecin du travail-chargé d'insertion : « ...dans les avantages, ça m'a permis de mieux voir nos points forts, d'identifier nos forces et ce qu'on aime faire. De reconnaître ses points forts et les mettre en valeur. »

- **Les succès ou les échecs rencontrés au travail :**

Les discours que nous vous présentons ici reflètent bien en quoi le dispositif ECE a pu aider certains participants à identifier des échecs rencontrés au travail, et comment ils ont choisi de les dépasser et de les transformer en succès :

- Le patient 1 : « Moi je me suis dit il fallait que j'accepte, j'ai 47 ans, j'ai mal partout je suis épuisé, j'ai des problèmes mentaux. Il faut reconnaître mon handicap ou mes difficultés. J'avais cette décision d'arrêter de me battre, de m'épuiser dans l'intérim. J'ai accepté de me faire aider, et de reconnaître mes difficultés en allant plutôt vers l'entreprise adaptée »

- Le patient 5 : « Je me suis rendu compte que faire 39 ou 35 heures c'était trop pour moi. Et je me suis dit qu'il fallait que je me ménage. J'ai toujours voulu bosser bosser, mais à un moment tu arrives à saturation. Ils te disent ensuite que tu es instable. »

- La valeur accordée au travail :

Cette dimension du rapport entretenu avec le travail a été évoquée à plusieurs reprises lors du Focus Group, en voici quelques exemples :

- Le patient 2 : « Mon métier idéal serait de travailler en tant que traductrice-interprète J'ai signé mon contrat pour le prochain emploi. Je commence le 6 Juillet en tant que chargée d'assistance en assurance saisonnier. Ça va je suis zen, calme, tranquille. »
- Le patient 6 : « Moi je serais content d'avoir un SMIC pour démarrer, ça me conviendrait parfaitement, puisque je sais que je progresserais après avec les années. J'aimerais bien faire un BTS banque, pour être conseillé banquier. Je suis en train de voir avec Cap Emploi. Je ne sais pas si je vais être pris dans la formation. Je suis assez inquiet vis à vis de ça ».
- Le patient 1 : « Moi je travaille à la SAPRENA. C'est une entreprise adaptée. Je travaille 3 jours par semaine en journée entière. C'est pas évident, je m'y retrouve. »

Résultats concernant les autres facteurs prédictifs du retour à l'emploi

Un des objectifs secondaires était d'observer l'impact du dispositif "Entretien-Conseil-Emploi" (ECE) sur d'autres facteurs prédictifs du retour à l'emploi, qu'ils soient personnels (tels que la psychopathologie, les capacités relationnelles ou les facteurs motivationnels) ou externes et environnementaux (tels que le mode et la qualité du soutien à l'insertion professionnelle, le soutien social et familial, et les possibilités d'aménagements du poste de travail en cas d'emploi.); l'ensemble de ces dimensions a été évoqué par nos participants lors du Focus Group.

Facteur prédictifs personnels du retour à l'emploi

- La psychopathologie :

Ce sujet a de nombreuses fois été spontanément évoqué par les participants pendant le Focus group, occasionnant un riche échange, aussi bien au sujet des effets secondaires du traitement, que de la stigmatisation de l'auto-stigmatisation de la schizophrénie que des symptômes positifs invalidants au travail, que du soutien psychologique et thérapeutique nécessaire par un psychologue du travail et un psychiatre lors des démarches d'insertion professionnelle :

- Le patient 7 : « Je bafouille un peu j'ai un nouveau traitement ».
- Le patient 1 : « Concernant la maladie, le traitement joue aussi un rôle hyper important. Récemment j'ai pris l'initiative de diminuer un peu mon traitement. Et ça change beaucoup de choses. Mais avec le travail psychologique avec ma psychologue du travail, je sens que mon

traitement réévalué souvent ferait du bien. J'ai rarement vu un psychiatre partir de moi, me demander comment je vis mon traitement. Ils ne me demandent jamais comment je vais ».

- Le patient 6 : « Chaque schizophrénie est différente. Y a pas de vérité autre que celle de l'individu. Vis à vis de notre problème de santé, ça peut fragiliser d'être parano au travail ».

- Le patient 5 : « pour moi le plus difficile, c'est d'affronter la vie normale, les gens autour, les collègues, les chefs. Les gens parlent ».

- Le patient 2 : « Ah oui, je me bats tous les jours contre ma maladie, pour avancer oui, au quotidien, au jour le jour, on se bat contre notre démon ».

- Le patient 5 : « Sur le soutien psychologique, je pense que c'est nous même qui pouvons le demander. Le psychiatre est pas forcément là pour nous donner des médicaments. Il est aussi là pour discuter. C'est à toi de demander un dialogue avec ton psychiatre ».

- **Les capacités relationnelles et habiletés sociales :**

Les relations sociales avec les collègues de travaillent semblaient pouvoir fragiliser la plupart des participants du Focus Group. C'était pour eux un enjeu très important du bien-être au travail :

- Le patient 6 confirmant les dire du patient 5 : « vis-à-vis de notre problème de santé, ça peut fragiliser d'être parano au travail ».

- Le patient 2 témoignant d'un moyen de surmonter le problème : « Plus je travaille, plus je suis en interaction avec les autres, et plus j'ai des situations à risque de conflit avec les autres, dans ma tête seulement. Je les résous au fur et à mesure avec ma psy ».

- Le patient 1 : « ...avoir un soutien à l'extérieur du travail. C'est plus libre de parler en dehors du travail, il y a un esprit détaché ».

- **Les facteurs motivationnels :**

C'est au sujet du sentiment d'efficacité personnelle à trouver un emploi, à s'y adapter, à surmonter ses difficultés psychiques que les participants ont exprimé de nombreuses craintes. Cette dimension du retour à l'emploi semble vraiment nécessiter une mise en situation dans l'environnement de travail pour être apprivoisée et réalisée au mieux.

-Le patient 1 en parlant du parcours d'insertion professionnelle : « on a un travail à faire sur soi, et en même temps on doit aller chercher du travail, je crois que l'équilibre c'est que le travail personnel n'empiète pas sur le travail, ou l'inverse ». Et en parlant de l'entreprise adaptée : « du

point de vue professionnel, comme on n'a pas mal de boulot, j'avais beaucoup de stress par rapport à tout ça. Je suis en entreprise adaptée donc il y a une prise en compte de ma RQTH d'office. ».

- Le patient 5 : « J'ai décroché un poste qui va commencer Lundi en tant que chauffeur-livreur. Je ne connais pas du tout la durée du contrat. Je sais que je ferais tous les jours une navette A/R parce c'est ce que je pensais être capable de faire, on verra bien ».

Facteur prédictifs externes ou environnementaux du retour à l'emploi

- l'accès au service de réhabilitation :

Un participant qui avait été accompagné au CReSERC par de la remédiation cognitive avant l'ECE a témoigné du bénéfice que cela a eu conjointement à l'ECE.

- Le patient 1 : « Je n'avais pas travaillé depuis 2 ans et grâce au CReSERC et à l'entretien-Conseil-Emploi ça s'est enchaîné. J'ai dû insister pour obtenir un rendez-vous à CAP Emploi, et j'ai eu le responsable qui chapeautait. Et quelques jours après, une annonce sur internet pour une entreprise adaptée ».

- le mode et la qualité du soutien à l'insertion professionnelle :

Ce facteur prédictif nous a permis d'évaluer la posture d'accompagnement vers l'insertion professionnelle du médecin du travail et des job coach lors de l'ensemble du dispositif ECE. Les propos recueillis lors du Focus Group étaient clairement favorable la posture des intervenants dans l'ECE.

- Le patient 7 : «Moi ça m'a aidé à rencontrer les "Jobs Coach du dispositif Emploi Accompagné ». J'ai beaucoup apprécié leur accompagnement. »

- Le patient 2 : « Vous m'avez donné votre confiance, vous m'avez encouragé. Vous m'avez même dit je suis sûr que ça va le faire. J'ai pris votre enthousiasme et votre confiance pour le mettre dans mon entretien d'embauche. Je me suis soutenu et j'ai pris votre confiance ».

- Le patient 6 : « Oui. Je me suis senti plus soutenu, plus mis en confiance ».

- Le patient 1 : « J'ai voulu me faire aider, reconnaître mon handicap, et me faire accompagner par le CReSERC et les Job Coach, et aujourd'hui j'ai un contrat CDD de 6 mois, prolongé jusqu'en décembre (rire de joie). »

Certains participants qui n'avaient pas encore réussi à débiter une activité professionnelle ont cependant formulé un besoin d'accompagnement pérenne après l'ECE, qui soit sécurisant et motivant.

-Le patient 3 : « J'aurais besoin de plus de soutien régulier après l'accompagnement moral, pour la motivation, la confiance, la prise de nouvelle ».

-Le patient 6 : « ça peut aller, je suis un peu inquiet pour l'avenir. Je voudrais récupérer le mail des jobs coach et peut-être demander une orientation emploi accompagné ».

-le soutien social et familial :

Un seul propos a été recueilli à ce sujet lors de notre focus, mais il nous semblait important de la retranscrire. En effet, bien que l'entourage puisse être sécurisant pour une personne souffrant de troubles psychiques, selon un des participants du Focus group, l'entourage familial peut être fragilisant.

-Le patient 2 : « Quand j'avais 32 ans je me suis fait pistonner pour rentrer dans une banque. Je n'avais pas dit que j'avais la RQTH, j'étais payé le SMIC et ma sœur m'a dit qu'ils me prenaient pour une conne. Ils me prenaient en tant que débutante alors que j'avais de l'expérience. En fait je n'aurais pas dû l'écouter, c'était un CDI (Contrat à Durée Indéterminée), j'aurais progressé et je n'en serais peut-être pas là ».

- les possibilités d'aménagements du poste de travail en cas d'emploi :

Ce sont les participants qui avaient trouvé du travail qui ont désiré s'exprimer sur ce sujet. C'est par leurs choix personnels, adaptés à leurs besoins identifiés lors de l'ECE, qu'ils ont pu aménager leurs postes de travail, et ce, sans l'aide de la médecine du travail de leurs employeurs.

-Le patient 1 : « Je travaille à la SAPRENA. C'est une entreprise adaptée. Je travaille 3 jours par semaine en journée entière. C'est pas évident, mais je m'y retrouve. En entreprise adaptée, même si on n'explique pas, on sait qu'on a des difficultés, on prend en compte la RQTH, et

c'est plus facile à vivre. Le poste de travail est aménagé. Il y a des chefs qui sont professionnels ».

-Le patient 5 : « Reconnaître mes difficultés ça m'a permis de demander moins d'heures à l'embauche, de faire un trajet limité. Tout s'est enchaîné naturellement avec l'entreprise que j'ai rencontrée, j'ai eu de la chance ».

Les résultats de l'analyse qualitative ont donc démontré un très grand nombre d'avantage au dispositif ECE, concernant aussi bien son mode d'organisation et de structuration, que l'impact qu'il a pu avoir sur un grand nombre de facteurs prédictifs du retour à l'emploi et sur le devenir professionnel à court terme des participants.

Nous avons retenu comme principaux inconvénients de l'ECE l'absence de lien entre le médecin du travail et le secteur du soin en psychiatrie qui permettrait d'adapter les traitements médicamenteux et psychothérapeutique au parcours d'insertion professionnel du patient, l'absence d'accompagnement durable à l'issue de l'ECE.

D) DISCUSSION

Bernard PACHOUD et Marc CORBIERE (111) ont relevé qu'en France, jusqu'en 2017, il n'existait pas d'étude publiée, ni même de chiffre disponible sur les résultats des pratiques d'accompagnement vers l'emploi, qui à leur connaissance demeuraient modestes, du moins au sortir immédiat de ces prestations.

Les résultats de notre étude méritaient d'être discutés au regard d'actions similaires dont les évaluations seraient publiées. C'est pourquoi nous avons choisi de discuter en partie nos résultats d'étude au regard d'une étude récente réalisée en 2017 par PACHOUD et CORBIERE (77). Cette étude NEXEM porte sur des personnes atteintes de handicap psychique et mental, accompagnées vers et dans l'emploi (effectif : 176) par des conseillers en emploi accompagné (effectif : 30) de 5 dispositifs pilotes du GPS Emploi depuis 2013 et jusqu'en 2016 (Dunkerque, Strasbourg, Compiègne, Bordeaux, Bergerac).

Bien que notre étude porte sur une pratique d'accompagnement se situant dans le champ sanitaire, bien en amont de l'emploi, l'ECE avait pour objectif l'insertion professionnelle de patients atteints de schizophrénie, et ce, dans le cadre d'un accompagnement conjoint avec un chargé d'insertion.

Tout d'abord, la discussion de nos résultats doit être conduite sans oublier ses limites : l'analyse des données quantitatives a été réalisée sur un échantillon limité à 8 participants, ce qui ne peut être considéré comme statistiquement représentatif concernant le rapport entretenu avec le travail, de plus, nous avons connu un perdu de vue au cours de l'étude, ce qui a surajouté un biais d'attrition. De plus, les données quantitatives de la thématique « insertion professionnelle » ont été analysées en partie sur l'échelle EAS qui n'a pas encore été validée dans sa version francophone et devra donc être validée en français sur une population plus conséquente. Sur le plan qualitatif, le devenir des participants n'a été observé qu'au maximum 12 mois après l'ECE, ce qui limite notre visibilité sur leurs parcours d'insertion professionnelle, et sur l'impact qu'a pu avoir le dispositif ECE sur les facteurs prédictifs du retour à l'emploi. C'est avec une parfaite connaissance de ses limites, que notre étude doit donc être considérée comme indicative sur un plan quantitatif. La poursuite du dispositif ECE et de la collecte de données devra permettre d'en extraire des informations sur un plus grand effectif. Un travail de traduction et de validation en langue française de l'échelle EAS serait également à réaliser.

1) Devenir des participants à l'ECE

Concernant le devenir des participants au programme, l'ECE a permis à deux personnes d'identifier qu'ils n'étaient « pas prêt à travailler ». 4 personnes sur 8 avaient retrouvé une activité professionnelle en milieu ordinaire à 12 mois de l'ECE. Un autre participant a par ailleurs réussi à valider un DIU en droit, société et pluralisme religieux avec une mention bien, et souhaitait à 12 mois de distance de l'ECE intégrer un service civique, et un autre participant a demandé à être orienté « emploi accompagnée » par la MPDH pour bénéficier du dispositif « Emploi Accompagné 44 ». Notre taux d'accès à l'emploi à 12 mois était donc de 50%, ce qui est très satisfaisant au regard des résultats de l'étude NEXEM en France (77) qui présentait un taux d'accès à l'emploi concernant le handicap psychique d'environ 30 % à 12 mois. Nous pouvons aussi considérer que nos résultats sont tout à fait honorables au regard des méta-analyses de Bond et al en 2008 en Amérique du Nord (80) qui révélaient pour la méthode IPS (utilisée par la majeure partie des conseillers en emploi accompagnée) un taux d'insertion en milieu ordinaire d'environ 60%, toute pathologie confondue, à l'issue d'un suivi de 18 mois en moyenne.

Il serait intéressant de connaître à plus long terme le devenir des participants au programme ECE qui ont réussi à s'insérer puisque dans l'étude NEXEM (77) concernant le handicap psychique, 13 (46 %) des 28 personnes insérées ont perdu pendant la durée de l'étude (3 ans),

l'emploi qu'elles avaient obtenu, mais que 5 d'entre elles (38 %) ont retrouvé un second emploi, dans un délai moyen de 3 mois.

2) Les facteurs prédictifs du retour à l'emploi

Concernant les déterminants du retour à l'emploi des personnes présentant un handicap psychique, c'est dans la lignée du travail de Bernard PACHOUD et al. (82) que notre étude avait pour objectif d'évaluer l'impact du dispositif ECE sur l'un des facteurs prédictifs personnels du retour à l'emploi, le rapport entretenu au travail, mais aussi sur d'autres facteurs prédictifs du retour à l'emploi, qu'ils soient personnels (tels que la psychopathologie, les capacités relationnelles ou les facteurs motivationnels) ou externes et environnementaux (tels que le mode et la qualité du soutien à l'insertion professionnelle, le soutien social et familial, et les possibilités d'aménagements du poste de travail en cas d'emploi.).

Le Focus group que nous avons réalisé avec les 6 participants à l'étude ECE qui avaient donné leur consentement, a permis de mettre en évidence l'impact positif de notre dispositif ECE sur l'ensemble de ces facteurs prédictifs du retour à l'emploi.

Concernant le rapport entretenu avec le travail, l'ECE a permis aux participants d'accepter et d'assumer leur durée d'interruption d'activité, d'améliorer la connaissance de leurs expériences et des compétences acquises au travail avant et pendant l'ECE, d'avoir une meilleure vision d'ensemble sur leurs succès ou leurs échecs rencontrés au travail et donc de mieux identifier ce qui sécuriserait leur parcours professionnel, et enfin de mieux connaître la valeur qu'ils accordent au travail. Globalement nous retiendrons, comme recueilli lors du Focus group sur le tableau des avantages et inconvénients du dispositif ECE, que notre accompagnement a aidé les participants à reconnaître/admettre leurs difficultés, à reconnaître leur handicap, et à accepter de se faire aider, à savoir de quoi ils avaient besoin et dans quelles conditions ils voulaient travailler (milieu de travail, tâches, horaires et temps de travail, conditions de travail, bienveillance), et à reconnaître leurs points forts et les mettre en valeur (hobbies, travail, études etc...).

Le Focus group a aussi été l'occasion d'échanges instructifs au sujet d'autres facteurs prédictifs personnels et environnementaux du retour à l'emploi.

Concernant la psychopathologie, nous retiendrons de notre Focus Group la difficulté perçue par les participants de gérer les effets secondaires du traitement et les symptômes positifs de la schizophrénie et l'auto-stigmatisation et la stigmatisation de la maladie, qui sont souvent

invalidants au travail. Ils ont donc retenu l'importance de sécuriser leur parcours professionnel par un soutien psychologique régulier et une réévaluation fréquente de leurs traitements médicamenteux lors des consultations avec leur psychiatre, d'où la nécessité d'établir un pont entre les professionnels de santé et ceux de l'insertion professionnelle.

Concernant les capacités relationnelles, Le Focus group nous a permis d'identifier que les relations sociales pouvaient fragiliser les personnes atteintes de schizophrénie. C'était pour les participants un enjeu très important du bien-être au cours de leurs parcours d'insertion professionnelle.

Concernant les facteurs motivationnels et le sentiment d'efficacité comme travailleur, le Focus group nous a permis de comprendre que cette dimension du retour à l'emploi nécessitait une mise en situation dans l'environnement de travail pour être apprivoisée, accompagnée et évaluée au mieux.

Notre Focus group a aussi été l'occasion de riches interactions au sujet des facteurs prédictifs externes ou environnementaux du retour à l'emploi.

Les relations sociales et familiales ont été considérées comme pouvant être sécurisantes ou fragilisantes. Il est ressorti que les participants devaient apprendre à avoir et à garder confiance en leur parcours d'insertion professionnelle, même si leurs proches ne les soutenaient pas. Cette confiance en eux et en leur parcours d'insertion professionnelle nous est apparue considérablement dépendante du mode et la qualité du soutien à l'insertion professionnelle.

Il est important de garder en mémoire que l'ensemble des participants à notre étude avaient bénéficié de différents soins de réhabilitation psychosociale avant le début de l'ECE, ce qui a favorisé l'accès à l'emploi et à un accompagnement approprié, comme l'écrivait BOND en 2008 (80): « Grâce à de précieux outils de soins dits de « réhabilitation psychosociale » qui permettent de limiter les conséquences fonctionnelles de la maladie tels que la remédiation cognitive ou la TCC (Thérapie Cognitivo-Comportementale) ».

Les propos des participants recueillis lors du Focus Group étaient clairement favorables à la posture et au mode d'accompagnement des intervenants dans l'ECE.

3) Avantages et inconvénients du mode d'accompagnement du dispositif ECE

Globalement, pour résumer les avantages du mode d'accompagnement lors du dispositif ECE, nous retiendrons que l'ensemble des propos que nous avons recueillis lors du Focus group au sujet du mode et de la qualité du soutien à l'insertion professionnelle de l'ECE correspondent à beaucoup des propos recueillis lors des focus group menés au cours de l'étude NEXEM (77) avec les conseillers en emploi, concernant les compétences et qualités requises pour leur métier :

- « Importance d'établir une « relation de confiance » avec la personne accompagnée, s'adapter à la variabilité de l'état de santé de la personne ».
- « Importance d'établir un lien dès le début de l'accompagnement et de tisser une relation de confiance ».
- « Faire preuve de bienveillance, de patience et de persévérance ».
- « Tenir compte de la tendance au déni du handicap psychique ou de la maladie ».
- « Gestion de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation ».
- « Proximité avec la personne accompagnée et aménagements de travail ».

L'ensemble de ces qualités ont été identifiées et considérées comme ressources dans le discours des patients accompagnés.

Concernant les pistes d'amélioration de notre dispositif ECE, nous pouvons retenir entre autres que nous pourrions proposer un accompagnement psychothérapique au cours de l'accompagnement, nous pourrions aussi proposer aux participants un échange régulier avec leurs psychiatres référents pour garantir un suivi de la psychopathologie et si besoin une adaptation des traitements des participants au cours de l'accompagnement, et enfin, nous n'avons pas été en relation avec les employeurs et la hiérarchie de nos participants qui ont réussi à s'insérer, ne favorisant pas l'aménagement des postes de travail. Cela corrobore les propos recueillis lors des focus group menés au cours de l'étude NEXEM (77) avec les conseillers en emploi, concernant les compétences et qualités requises pour leur métier :

- « Relations avec les professionnels de santé »,
- « Relations avec les employeurs et les supérieurs hiérarchiques ».
- « Importance des capacités relationnelles du conseiller pour développer les partenariats avec le réseau de soutien à la personne... ».

Enfin, pour évaluer la performance de l'ECE, nous nous sommes limités aux facteurs prédictifs du retour à l'emploi et au taux d'accès à l'emploi. Nous pourrions également mesurer des indicateurs plus globaux du devenir de la personne, par exemple son degré de rétablissement, ou l'évolution de sa qualité de vie. Et si nous poursuivions notre évaluation dans le cadre de l'environnement de travail nous pourrions mieux appréhender des variables psychosociales qui reflètent des capacités d'adaptation au travail, telles que l'estime de soi en tant que travailleur, ou le sentiment d'efficacité à assurer certaines tâches, et nous pourrions accompagner nos patients tout au long de leur parcours avec l'aide des conseillers en emploi accompagné, ce qui correspondrait parfaitement à la méthode IPS que prône l'emploi accompagné. Ici se pose la question du maillage entre les champs sanitaires et médico-social, du champ du soin et de celui de l'insertion : un accompagnement personnalisé est forcément multiple, pluri professionnel, et surtout adaptable à la situation de la personne, à son moment de vie. Le dispositif ECE montre qu'il est possible d'accompagner les personnes vers l'emploi en amont même d'une insertion envisagée : un recours possible à du soin spécialisé, au décours de difficultés rencontrées au cours du parcours professionnel ou d'insertion, pourrait être tout aussi intéressant.

Il serait enfin tout aussi intéressant d'étendre notre étude à l'ensemble des pathologies concernées par le handicap psychique, puisque l'évaluation est transposable à toutes les maladies psychiatriques. Il faudrait pour ce faire adapter les outils d'évaluation quantitative aux différentes psychopathologies.

CONCLUSION

Le rétablissement existe, il est devenu un objectif de soins demandé par les usagers et les familles, et soutenu par les pouvoirs publics. La « révolution du rétablissement » a ouvert une perspective inédite : il est possible de se rétablir de la maladie mentale sévère, c'est à dire de vivre avec des troubles psychiques tels que la schizophrénie, et d'avoir une vie satisfaisante. Ce changement de paradigme requiert de réviser les pratiques en santé mentale, notamment en prenant en compte le rôle-clé de l'activité professionnelle qui est souhaitée par une majorité des personnes concernées par le handicap psychique. La recherche a démontré que ce type d'activité peut contribuer au processus de rétablissement. Un accompagnement vers l'emploi est possible, de nombreux dispositifs se sont développés pour accompagner les personnes vivant avec des troubles psychiques à obtenir et se maintenir dans un emploi en milieu ordinaire. Parmi ces différentes pratiques, les dispositifs d'emploi accompagné ont démontré une efficacité probante ; au sein de ces pratiques ont été identifiés des facteurs déterminants

de l'obtention et du maintien en emploi, comme par exemple le rôle-clé des compétences des accompagnants. Notre étude exploratoire a démontré que l'accompagnement vers l'emploi peut débuter dès le milieu sanitaire, dans des centres de soins de réhabilitation, en collaboration étroite avec le dispositif emploi accompagné, et que ce type d'accompagnement a un intérêt pour les personnes atteintes de schizophrénie. Ce dispositif nécessite d'être évalué sur une plus grande population, sur des données plus vastes, et sur d'autres pathologies.

Pour faire évoluer les consciences et les pratiques d'accompagnement en santé mentale, nous devons encore et toujours mettre en évidence, traiter, et accompagner la question de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation du handicap psychique dans la société, et en particulier dans le monde du travail.

Le progrès n'est pas loin, il s'agit maintenant de le saisir et de l'incarner

BIBLIOGRAPHIE

1. Mormiche P. *L'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » : apports et limites*. Revue française des affaires sociales 2003 ; 1 :11-29.
2. OCDE. *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles : Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE* [Internet]. 2010 [cité 27 Juillet 2020].
Disponible sur : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/maladie-invalidite-et-travail-surmonter-les-obstacles_9789264088870-fr
3. Insee. *Emploi, chômage, revenus du travail* [Internet]. 2017 [cité 27 Juillet 2020].
Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2891780>
4. Handicap.fr. *Handicap : semaine pour l'emploi, chômage au plus haut* [Internet]. 2018 [cité 27 Juillet 2020].
Disponible sur : <https://informations.handicap.fr/a-SEEPH-chomage-handicap-emploi-11304.php>
5. Tous Uniques. *Handicap au travail : chiffres clés* [Internet]. 2016 [cité 27 Juillet 2020].
Disponible sur : <https://www.tousuniques.fr/2016/09/infographie-handicap-travail-chiffres-cles/>
6. OMS. *Troubles mentaux* [Internet]. 2019 [cité 27 Juillet 2020].
Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
7. Haute couverture S, Limosin F, Rouillon F. *Épidémiologie des troubles schizophréniques*. La Presse Médicale 2006 ; 35 : 461-468.
8. Marwaha S, Johnson S. *Schizophrenia and employment - a review*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2004 ; 39 : 337-349.
9. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer MC, Brugha T, et al. *Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany*. British Journal of Psychiatry. 2007 ; 191 : 30-37.
10. Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. *A prospective analysis of work in schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin. 2001 ; 27(2) : 281-296.
11. Pachoud B. *Insertion par le travail. L'emploi des personnes en situation de handicap psychique*. Présentation à l'UNAFAM [Internet]. 2016 [cité 9 juin 2020].
Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=a3eAd5pO9t4>
12. *Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées-Art. 2*. 2005-102 févr 11, 2005.
13. Unafam. *Handicap psychique* [Internet]. 2020 [cité 27 Juillet 2020].
Disponible sur : <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/handicap-psychique>
14. CReHPsy Pays de la Loire. *Handicap psychique* [Internet]. 2020 [cité 27 Juillet 2020].
Disponible sur : <http://www.crehpsy-pl.fr/fr/actualites/definition-du-handicap-psychique,1498,115217.html>
15. Roy-Hatala CL, Leguay D. « *Handicap psychique* » : le chemin qui reste à parcourir. L'information psychiatrique. 2013 ; 89(3) : 221-226.

16. *Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948* [Internet]. 1948 [cité 9 juin 2020]. Disponible sur : <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948-11038.html>
17. *Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées* [Internet]. 1975 [cité 9 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000333976>
18. *Texte intégral de la Convention relative aux droits des personnes handicapées* [Internet]. 2006 [cité 9 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.un.org/development/desa/disabilities-fr/la-convention-en-bref-2/texte-integral-de-la-convention-relative-aux-droits-des-personnes-handicapees-13.html>
19. Assemblée nationale. *Nouvelles libertés et de nouvelles protections pour les entreprises et les actifs (no 3675) - Amendement no 4741* [Internet]. 2016 [cité 27 Juillet 2020]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/3675/AN/4741.asp>
20. Leguay D, Giraud-Baro É, Lièvre B, Dubuis J, Cochet A, Roussel C, et al. *Le Manifeste de Reh@b' : propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants*. L'information psychiatrique. 2008 ; 84(10) : 885-893.
21. Deegan P. *Recovery: The lived experience of rehabilitation*. [Internet]. 1988 [cité 27 Juillet 2020]. Disponible sur : </paper/Recovery%3A-The-lived-experience-of-rehabilitation.-Deegan/bc0ccb63907259ee134f62318dc71812bd6615c>
22. Andresen R, Caputi P, Oades L. *Stages of recovery instrument : development of a measure of recovery from serious mental illness*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2006 ; 40(11-12) : 972-980.
23. Benarosch J. *Du soin au travail : développer les habiletés sociales*. Pratiques en santé mentale. 2014 ; 60e année (3) : 21-30.
24. Anthony WA. *Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1993 ; 16(4) :11-23.
25. Koenig M. *Le rétablissement dans la schizophrénie : l'expérience des sujets au cœur d'un nouveau paradigme évolutif* [Internet] [Thèse de doctorat]. Paris 8 ; 2013 [cité 27 juill 2020]. Disponible sur : <http://www.theses.fr/2013PA083903>
26. Harding CM, Strauss JS. *The Vermont Longitudinal Study of Persons With Severe Mental Illness, I : Methodology, Study Sample, and Overall Status 32 Years Later*. The American journal of psychiatry. 1987 ; 144(6) : 718-726.
27. Huber G, Gross G, Schüttler R, Linz M. *Longitudinal studies of schizophrenic patients*. Schizophrenia Bulletin. 1980 ; 6(4) : 592-605.
28. Jobe TH, Harrow M. *Long-term outcome of patients with schizophrenia : a review*. Canadian journal of psychiatry. 2005 ; 50(14) : 892-900.

29. Bellack AS. *Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia : concordance, contrasts, and implications*. Schizophrenia Bulletin. 2006 ; 32 (3) : 432-442.
30. Davidson L, Schmutte T, Dinzeo T, Andres-Hyman R. *Remission and Recovery in Schizophrenia : Practitioner and Patient Perspectives*. Schizophrenia Bulletin. 2008 ; 34(1) : 5-8.
31. Slade M. *Personal recovery and mental illness : a guide for mental health professionals*. Cambridge New York : Cambridge University Press. 2009. 275 pages.
32. Bandura A. *Self-efficacy : The exercise of control*. New York : W H Freeman/Times Books/Henry Holt & Co. 1997. 604 pages.
33. Corbière M, Lesage A. *Perceptions of Barriers to Employment, Coping Efficacy, and Career Search Efficacy in People with Mental Illness*. Journal of Career Assessment. 2004 ; 12 : 460-478.
34. Bond GR, Drake RE, Becker DR. *An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment*. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2008 ; 31(4) : 280-290.
35. Eklund M, Hansson L, Ahlqvist C. *The importance of work as compared to other forms of daily occupations for wellbeing and functioning among persons with long-term mental illness*. Community Mental Health Journal. 2004 ; 40(5) : 465-477.
36. Courtel Y. *La lutte pour la reconnaissance dans la philosophie sociale d'Axel Honneth*. Revue des Sciences Religieuses. 2008 ; (82/1) : 5-23.
37. Amering M, Schmolke M. *Recovery in mental health : Reshaping scientific and clinical responsibilities*. Wiley-Blackwell. 2009. 266 pages.
38. Boardman J, Grove B, Perkins R, Shepherd G. *Work and employment for people with psychiatric disabilities*. British Journal of Psychiatry. 2003 ; 182 : 467-468.
39. Lloyd C, Waghorn G. *The importance of vocation in recovery for young people with psychiatric disabilities*. British Journal of Occupational Therapy. 2007 ; 70(2) : 50-59.
40. Drake RE, Becker DR, Bond GR. *Recent research on vocational rehabilitation for persons with severe mental illness*. Current Opinion in Psychiatry. 2003 ; 16(4) : 451-455.
41. Secker J, Grove B, Seebom P. *Challenging barriers to employment, training and education for mental health service users : The service user's perspective*. Journal of Mental Health. 2001 ; 10 : 395-404.
42. Giordana J. Y. *Stigmatisation et discriminations des malades psychiques. Comment identifier, mesurer et réduire la stigmatisation et l'autostigmatisation ?* [Internet]. Semaines d'information sur la santé mentale (SISM). 2018 [cité 27 Juillet 2020].
Disponible sur : <https://www.semaines-sante-mentale.fr/event/conference-du-docteur-jean-yves-giordana-stigmatisation-et-discriminations-des-malades-psychiques-comment-identifier-mesurer-et-reduire-la-stigmatisation-et-lautostigmatisation/>
43. Bichsel N, Conus P. *La stigmatisation : un probleme fréquent aux conséquences multiples*. Revue Médicale Suisse. 2017 ; 13(551) : 478-481.

44. Goffman E. *Stigmate : les usages sociaux des handicaps / Erving Goffman* ; traduit de l'anglais par Alain Kihm. Paris : les Éditions de Minuit ; 1975. 175 pages.
45. Ipsos. *Les Français et leur santé mentale : comment améliorer la prévention ?* [Internet]. 2014 [cité 27 Juillet 2020].
Disponible sur : <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-francais-et-leur-sante-mentale-comment-ameliorer-la-prevention>
46. C. Bonsack, S.Morandi, J. Favrod, P. Conus. *Le stigmate de la « folie » : de la fatalité au rétablissement*. Revue Médicale Suisse. 2013 ; 588-592.
47. Benoist J. *Logique de stigmatisation, éthique de la déstigmatisation*. L'information psychiatrique. 2007 ; 649-654.
48. Mak WWS, Poon CYM, Pun LYK, Cheung SF. *Meta-analysis of stigma and mental health*. Social Science and Medicine (1982). 2007 ; 65(2) : 245-261.
49. Stuart H. *Mental Illness and employment discrimination*. Current Opinion in Psychiatry. 2006 ; 19 : 522-526.
50. S Laberon. *Les freins psychologiques à l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique*. L'Encéphale. 2014 ; (S2 vol 40) : 103-114.
51. Corrigan PW, Rao D. *On the Self-Stigma of Mental Illness : Stages, Disclosure, and Strategies for Change*. Canadian Journal of Psychiatry. 2012 ; 57(8) : 464-469.
52. Suter C, Favrod J, Pellet J. *Auto-stigmatisation dans la schizophrénie*. Laennec. 2019 ; 67(3) : 34-43.
53. Franck N. *Traité de réhabilitation psychosociale*. Elsevier Health Sceinces. 2018. 909 pages.
54. Davidson L. *Living outside mental illness : Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York University Press. 2003. 227 pages.
55. Farkas M. *The vision of recovery today : what it is and what it means for services*. World Psychiatry. 2007 ; 6(2) : 68-74.
56. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, et al. *Uses and abuses of recovery : implementing recovery-oriented practices in mental health systems*. World Psychiatry. 2014 ; 13(1) :12-20.
57. Link BG, Phelan JC. *Stigma and its public health implications*. The Lancet. 2006 ; 367(9509) : 528-529.
58. Corrigan P. *How stigma interferes with mental health care*. American Psychologist. 2004 ; 59(7) : 614-625.
59. Baptiste R. *Reconnaître le handicap psychique. Développer et améliorer la réinsertion sociale et professionnelle des personnes psychologiquement fragiles*. Editions Broché. 1995. 165 pages.
60. Corbière M, Lanctôt N. *Salient components in supported employment programs : Perspectives from employment specialists and clients*. Work. 2011 ; 39(4) : 427-439.

61. *Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels*. 2016-1088, 8 Août 2016.
62. *Décret n° 2016-1899 du 27 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné et au financement du compte personnel de formation des travailleurs handicapés*. 2016-1899, 27 Décembre 2016.
63. Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF, et al. *Implementing supported employment as an evidence-based practice*. Psychiatric Services, Washington DC. 2001 ; 52(3) : 313-322.
64. Corbière M, Zaniboni S, Lecomte T, Bond G, Gilles P-Y, Lesage A, et al. *Job Acquisition for People with Severe Mental Illness Enrolled in Supported Employment Programs : A Theoretically Grounded Empirical Study*. Journal of Occupational Rehabilitation. 2011 ; 21(3) : 342-354.
65. Rinaldi M, Perkins R. *Implementing evidence-based supported employment*. Psychiatric Bulletin. 2007 ; 31(7) : 244-249.
66. Rinaldi M, Perkins R, Glynn E, Montibeller T, Clenaghan M, Rutherford J. *Individual Placement and Support : From research to practice*. Advances in Psychiatric Treatment. 2008 ; 14 : 50-60.
67. Drake RE, Bond GR. *The future of supported employment for people with severe mental illness*. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2008 ; 31(4) : 367-376.
68. Corbière M, Marie-Josée D. *Du trouble mental à l'incapacité au travail : Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention* [Internet]. Presses de l'Université du Québec. 2011 [cité 11 juin 2020].
Disponible sur : <https://muse.jhu.edu/book/20021>
69. Becker DR, Drake RE. *Individual placement and support : A community mental health center approach to vocational rehabilitation*. Community Mental Health Journal. 1994 ; 30(2) : 193-206.
70. Pachoud B. *Soutien à l'emploi, emploi accompagné et handicap psychique : une pratique nouvelle ?* Pratiques En Santé Mentale. 2014 ; 60e année (3) : 13-16.
71. JP Hostier, G Van Mechelen. *Jobcoaching méthode et pratique* [Internet]. Repères. 2002 [cité 27 juillet 2020].
Disponible sur : <https://docplayer.fr/8578284-Jobcoaching-methode-et-pratique.html>
72. Bond GR, Drake RE. *The critical ingredients of assertive community treatment*. World Psychiatry. 2015 ; 14(2) : 240-242.
73. Mueser KT, Becker DR, Torrey WC, Xie H, Bond GR, Drake RE, et al. *Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness : a longitudinal analysis*. The Journal of nervous and mental disease. 1997 ; 185(7) : 419-426.
74. Bond GR, Resnick SG, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Bebout RR. *Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness ?* Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2001 ; 69(3) : 489-501.

75. Oldman J, Thomson L, Calsaferrri K, Luke A, Bond GR. *A case report of the conversion of sheltered employment to evidence-based supported employment in Canada*. *Psychiatric Services*. 2005 ; 56(11) : 1436-1440.
76. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness : a randomised controlled trial*. *The Lancet*. 2007 ; 370 (9593) : 1146-1152.
77. Pachoud B, Marec MG, Corbière Marc. *Étude évaluative de cinq dispositifs d'emploi accompagné pour des personnes en situation de handicap psychique ou mental [Internet]*. 2017 [cité 27 juillet 2020].
Disponible sur : <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=512627>
78. Marshall T, Rapp CA, Becker DR, Bond GR. *Key factors for implementing supported employment*. *Psychiatric Services*. 2008 ; 59(8) : 886-892.
79. Cnaan RA, Blankertz L, Messinger KW, Gardner JR. *Psychosocial rehabilitation : Toward a definition*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1988 ; 11(4) : 61-77.
80. Bond GR, Drake RE, Becker DR. *An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2008 ; 31(4) : 280-290.
81. Charbonneau C. *Développer l'intégration au travail en santé mentale, une longue marche à travers des obstacles sociopolitiques*. *Santé Mentale Au Québec*. 2002 ; 27(1) : 158-176.
82. Pachoud B, Leplège A, Plagnol A. *La problématique de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique : les différentes dimensions à prendre en compte*. *Revue Française des Affaires Sociales*. 2009 ; 1 : 257-277.
83. Addington J, Addington D, Maticka-Tyndale E. *Cognitive functioning and positive and negative symptoms in schizophrenia*. *Schizophrenia Research*. 1991 ; 5(2) : 123-134.
84. Cuesta MJ, Peralta V, Caro F, de Leon J. *Schizophrenic syndrome and Wisconsin Card Sorting Test dimensions*. *Psychiatry Research*. 1995 ; 58(1) : 45-51.
85. Morris RG, Rushe T, Woodruffe PW, Murray RM. *Problem solving in schizophrenia : a specific deficit in planning ability*. *Schizophrenia Research*. 1995 ; 14(3) : 235-246.
86. At S, Ld A, Fr F, Me S, Am W. *Impaired Wisconsin Card Sort performance in schizophrenia may reflect motivational deficits*. *Indian Journal of psychiatry*. 2017; 59(1) : 88–93.
87. Strauss S. Strauss, S. *Theories of learning and development for academics and educators*. *Educational Psychologist*. 1993 ; 28 : 191-203.
88. Green MF. *What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia ?* *American Journal of Psychiatry*. 1996 ; 153(3) : 321-330.
89. McGurk SR, Meltzer HY. *The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia*. *Schizophrenia Research*. 2000 ; 45(3) : 175-184.
90. Lysaker P, Bell M. *Work rehabilitation and improvements in insight in schizophrenia*. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1995 ; 183(2) : 103-106.

91. *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.* 2002-303, 4 Mars 2002.
92. *Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.* 2016-994, 20 Juillet 2016.
93. *Code de la santé publique - Article R1110-1.*
94. *Code de la santé publique - Article L1110-4.*
95. *Code de la santé publique - Article R1110-2.*
96. *Code de l'action sociale et des familles - Article L312-1.*
97. *Code de la santé publique - Article R1110-3.*
98. Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, Macmillan F, Slade M. *A self-report Insight Scale for psychosis : reliability, validity and sensitivity to change.* Acta Psychiatrica Scandinavica. 1994 ; 89(1) : 62-67.
99. Kay SR, Opler LA, Lindenmayer J-P. *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) : Rationale and Standardisation.* British Journal of Psychiatry. 1989 ; 155(S7) : 59-65.
100. Stip E, Caron J, Renaud S, Pampoulova T, Lecomte Y. *Exploring cognitive complaints in schizophrenia : the subjective scale to investigate cognition in schizophrenia.* Comprehensive Psychiatry. 2003 ; 44(4) : 331-340.
101. Graux J, Thillay A, Morlec V, Sarron P-Y, Roux S, Gaudelus B, et al. *A Transnosographic Self-Assessment of Social Cognitive Impairments (ACSO) : First Data.* Front Psychiatry [Internet]. 2019 [cité 27 juillet 2020].
Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6881457/>
102. Llinares-Insa LI, González-Navarro P, Zacarés-González JJ, Córdoba-Iñesta AI. *Employability Appraisal Scale (EAS) : Development and Validation in a Spanish Sample.* Frontiers in Psychology [Internet]. 14 août 2018 [cité 27 juillet 2020].
Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6102895/>
103. Bronfenbrenner U. *Ecology of the family as a context for human development : Research perspectives.* Developmental Psychology. 1986 ; 22(6) : 723-742.
104. Peeters E, Nelissen J, De Cuyper N, Forrier A, Verbruggen M, De Witte H. *Employability Capital : A Conceptual Framework Tested Through Expert Analysis.* Journal of Career Development. 2019 ; 46(2) : 79-93.
105. HAS. *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques* [Internet]. 2007 [cité 27 juillet 2020].
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques
106. Kitzinger J, Markova I, Kalampalikis N. *Qu'est-ce que les focus groups ?* Bulletin de Psychologie. 2004 ; 57 : 237-243.

107. Kitzinger J. Qualitative research. *Introducing focus groups*. BMJ. 1995 ; 311(7000) : 299-302.
108. Lange JK. Review : Richard A. Krueger & Mary Anne Casey (2000). *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research (3rd edition)*. SAGE Publications. 240 pages
109. Mays N, Pope C. *Rigour and qualitative research*. BMJ. 1995 ; 311(6997) : 109-112.
110. Tesch R. *Qualitative Research : Analysis Types and Software* [Internet]. 2013 [cité 27 juillet 2020]. Disponible sur : <https://www.taylorfrancis.com/books/9781315067339>
111. Pachoud B, Corbière M. *Pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux graves : résultats et pistes de recherche*. L'Encéphale. 2014 ; 40(2) : 33-44.

ANNEXES

1. Formulaire de consentement au Focus group

Formulaire de recueil de consentement au Focus group

Projet ECESS

"Insertion professionnelle et schizophrénie : évaluation d'un Entretien-Conseil-Emploi réalisé en milieu sanitaire par un binôme médecin du travail et chargé d'insertion »

Investigateur coordonnateur :

Dr Marion Chirio-Espitalier, *Praticien Hospitalier en psychiatrie, CReSERC, Hôpital Saint-Jacques, CHU de Nantes*

Recueil et analyse des données qualitatives issues des entretiens :

Dr Marion Chirio-Espitalier, *Praticien Hospitalier en psychiatrie, CReSERC, Hôpital Saint-Jacques, CHU de Nantes*

Rémy FATRAS, *Interne en médecine du travail à Nantes*

Anne-Eva Libert, *Assistante des hôpitaux spécialiste en psychiatrie, CReSERC, Hôpital Saint-Jacques, CHU de Nantes*

Madame, Monsieur

Nous vous proposons de participer à une étude sur l'impact de l'accompagnement « Entretien-Conseil-Emploi » sur le rapport entretenu avec le travail de personnes souffrant de troubles schizophréniques ou schizo-affectifs. Le rapport entretenu avec le travail est considéré comme un facteur prédictif du retour à l'emploi. C'est un concept assez récent en Europe qui correspond à plusieurs caractéristiques individuelles : la valeur accordée au travail, les succès ou les échecs rencontrés au travail, la perception des obstacles à l'insertion au travail et le sentiment d'efficacité pour les surmonter, le sentiment d'efficacité au travail ou l'estime de soi comme travailleur, la durée d'interruption d'activité, et l'expérience ou les compétences professionnelles antérieures à la maladie.

Nous souhaitons mieux comprendre ce concept et ses déterminants, et donc les outils de soins qui peuvent le favoriser, chez les personnes souffrant de troubles schizophréniques ou schizo-affectifs. Cette étude qualitative consiste en une enquête avec les participants de l'« Entretien-Conseil-Emploi » visant à recueillir leurs discours dans le cadre d'un entretien de groupe appelé « Focus group ».

1. Objectifs de l'étude qualitative

L'objectif principal de l'étude est d'identifier quels sont les éléments propres à l'« Entretien-Conseil-Emploi » pouvant amener la personne atteinte de troubles schizophréniques ou schizo-affectifs à modifier son rapport entretenu avec le travail. L'objectif secondaire est d'évaluer le dispositif « Entretien-Conseil-Emploi » à partir de vos ressentis subjectifs pour faire évoluer notre pratique d'accompagnement.

2. Comment seront traitées vos données ?

Le Focus group sera entièrement enregistré et retranscrit pour être ensuite analysé par Rémy FATRAS, interne en médecine du travail au CHU de Nantes. Les données obtenues seront totalement anonymisées.

Les données qualitatives recueillies dans l'étude ECESS lors de l'entretien de groupe de patients, pourront être mises au regard de données quantitatives recueillies dans le cadre du projet de recherche.

3. Mentions obligatoires

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire. Vous pourrez interrompre votre participation à tout moment sans avoir à vous justifier. Cette interruption ne modifiera pas la qualité de votre prise en charge habituelle et la relation avec l'équipe soignante.

D'autre part, les propos que vous échangerez au cours du focus group resteront **strictement gardés confidentiels par codage**. Ils feront l'objet d'une retranscription et d'une analyse rigoureusement **confidentielles**. Même en cas de publication de résultats, votre identité ne sera pas dévoilée.

Par ailleurs, vous disposez d'un droit d'accès à vos données et de rectification auprès de la personne qui vous a proposé l'enquête.

Cette étude, dont le CHU de Nantes est le promoteur, respecte la réglementation nationale en vigueur concernant la recherche clinique impliquant la personne humaine (Loi Jardé). Elle entre dans le champ de la Recherche Non Interventionnelle prospective (catégorie 3 de la Loi Jardé).

Je soussigné(e).....

Reconnais avoir été informé(e) par Rémy Fatras ou le Dr Marion Chirio-Espitalier de l'objet et des modalités de l'étude : « ECESS »,

* J'accepte de participer à cette étude, et de répondre aux questions qui me seront posées au cours d'un entretien,

* J'accepte de renseigner une feuille de recueil de données sociodémographiques et professionnelles à la suite de l'entretien,

* J'accepte que mes réponses soient enregistrées et fassent l'objet d'un traitement informatique,

* J'ai bien noté qu'il me sera remis un exemplaire du présent formulaire de consentement signé.

A Le

2. Echelle d'insight de BIRCHWOOD

Echelle d'auto-évaluation de l'insight

IS – (échelle d'insight actuel)

Lisez, s'il vous plaît les énoncés suivants attentivement et cochez ensuite la case qui vous correspond le mieux.

	D'accord	Pas d'accord	Incertain(e)
1. Certains des symptômes ont été créés par mon imagination			
2. Je me sens psychologiquement bien			
3. Je n'ai pas besoin de traitement médicamenteux			
4. Mon séjour à l'hôpital était nécessaire			
5. Le médecin a raison de me prescrire un traitement médicamenteux			
6. Je n'ai pas besoin d'être vu(e) par un médecin ou un psychiatre			
7. Si quelqu'un disait que j'avais une maladie nerveuse ou mentale il aurait raison			
8. Aucune des choses inhabituelles que j'ai vécues n'est due à une maladie			

N 6	Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation.	1 2 3 4 5 6 7
N 7	Pensée stéréotypée.	1 2 3 4 5 6 7

Echelle psychopathologique générale

G 1	Préoccupations somatiques.	1 2 3 4 5 6 7
G 2	Anxiété	1 2 3 4 5 6 7
G 3	Sentiments de culpabilité.	1 2 3 4 5 6 7
G 4	Tension	1 2 3 4 5 6 7
G 5	Maniérisme et troubles de la posture.	1 2 3 4 5 6 7
G 6	Dépression.	1 2 3 4 5 6 7
G 7	Ralentissement psychomoteur.	1 2 3 4 5 6 7
G 8	Manque de coopération.	1 2 3 4 5 6 7
G 9	Contenu inhabituel de la pensée.	1 2 3 4 5 6 7
G 10	Désorientation.	1 2 3 4 5 6 7
G 11	Manque d'attention.	1 2 3 4 5 6 7
G 12	Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie.	1 2 3 4 5 6 7
G 13	Trouble de la volition.	1 2 3 4 5 6 7
G 14	Mauvais contrôle pulsionnel.	1 2 3 4 5 6 7
G 15	Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques).	1 2 3 4 5 6 7
G 16	Evitement social actif.	1 2 3 4 5 6 7

4. Echelle SSTICS: the Subjective Scale To Investigate Cognition in Schizophrenia

Auto-évaluation des plaintes cognitives

SSTICS

Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia

Consignes: Vous voyez devant vous sur la feuille, une liste de phrases décrivant des problèmes de mémoire ou de concentration que chacun de vous peut observer dans ses activités de la vie quotidienne. On vous demande d'estimer la fréquence de tels troubles constatés ces derniers temps dans votre comportement. Autrement dit, si vous trouvez que la question que vous lisez (ou que l'on vous lit en même temps que vous) va bien avec votre plainte ou votre problème, on vous demande de répondre à la question en donnant votre appréciation.

Utilisez pour cela cette échelle d'appréciation en entourant le chiffre le plus vrai de ce que vous ressentez.

-4- très souvent -3- souvent -2- parfois -1- rarement -0- jamais

1- Avez-vous remarqué que vous avez des troubles de mémoire ?	
2- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir d'informations que l'on vous donne immédiatement et que vous devez utiliser tout de suite comme, par exemple, un numéro de téléphone, une adresse, un numéro de porte ou de bureau, un numéro de bus ou le nom d'un docteur ?	
3- Avez-vous de la difficulté à apprendre quelque chose ? Par exemple, une liste d'objets à acheter ou une liste de noms de personne.	
4- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir du nom de vos médicaments ?	
5- Faites-vous des oublis comme, par exemple, un rendez-vous avec un ami, chez un médecin ?	
6- Oubliez-vous de prendre vos médicaments ?	
7- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir des informations dans les journaux ou à la télévision ?	
8- Avez-vous de la difficulté à accomplir des tâches ménagères ou du bricolage ? Par exemple, vous oubliez comment faire la cuisine ou oubliez-vous les ingrédients.	
9- Avez-vous de la difficulté à savoir comment on se rend à l'hôpital ou à la clinique externe, ou même chez vous ?	
10- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir du nom de personnes connues comme, par exemple, du premier ministre du Canada ?	
11- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir des capitales des pays, des dates de l'histoire du pays ou du nom des pays des autres continents ou bien des grandes découvertes de nos savants ?	
12- Êtes-vous distrait, dans la lune ? Comme, par exemple, vous perdez le fil de vos idées pendant une conversation parce que vous êtes distrait. Ou vous avez du mal à fixer votre esprit sur ce que vous lisez.	
13- Avez-vous de la difficulté à être en alerte ou à réagir suite à une situation imprévue ? Comme, par exemple, une alerte incendie ou une voiture qui passe soudainement lorsque vous traversez la rue.	
14- Avez-vous de la difficulté à choisir une information pertinente quand on vous en présente plusieurs ? Par exemple, en même temps le nom de vos médicaments ou votre prochain rendez-vous pendant qu'on parle à côté de vous de musique.	

5. Echelle ACSo 12

Auto-évaluation des troubles de la Cognition Sociale

CONSIGNES

Vous trouverez ci-dessous une liste de phrases décrivant des difficultés que chacun peut observer dans ses relations avec les autres. Il vous est demandé d'estimer si vous ressentez ces difficultés et si oui à quelle fréquence.

Utilisez pour cela cette échelle d'appréciation en entourant le chiffre correspondant à ce que vous ressentez : 0 = jamais, 1 = rarement, 2 = parfois, 3 = souvent, 4 = très souvent

	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
1. J'ai des difficultés à reconnaître les émotions des autres (la colère, la peur, la joie, la tristesse...).	4	3	2	1	0
2. J'ai du mal à comprendre le second degré (par exemple, dans une blague).	4	3	2	1	0
3. J'ai des difficultés à évaluer si quelque chose est poli ou malpoli.	4	3	2	1	0
4. J'ai tendance à penser que des gens font des choses exprès pour me nuire ou me sont hostiles.	4	3	2	1	0
5. Je manque de tact avec les autres (par exemple, en donnant mon opinion, je peux blesser mon entourage sans le vouloir).	4	3	2	1	0
6. J'ai des difficultés à me mettre à la place d'une autre personne lorsque je discute avec elle (par exemple, quand je dois expliquer quelque chose à un enfant).	4	3	2	1	0
7. J'ai tendance à penser que mes proches m'ignorent ou m'évitent volontairement.	4	3	2	1	0
8. J'ai des difficultés à reconnaître quand quelqu'un a honte.	4	3	2	1	0
9. J'ai des difficultés à moduler ma voix en fonction des situations (par exemple, parler doucement pour ne pas gêner ou parler fort pour être bien entendu).	4	3	2	1	0
10. J'ai des difficultés à percevoir qu'une personne est contente.	4	3	2	1	0
11. J'ai des difficultés à rassurer une personne qui serait inquiète.	4	3	2	1	0
12. J'ai tendance à rendre les autres responsables quand je rate quelque chose.	4	3	2	1	0

6. Etoile de compétences en 5 questions

Diagnostic éducatif de la thématique « insertion professionnelle »

Pour mieux connaître vos besoins, positionnez-vous sur cette étoile

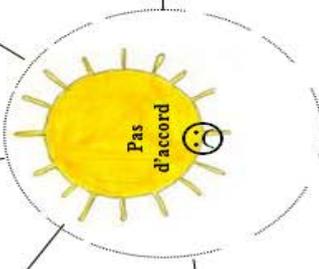
Prénom, nom :
Date :
Thérapeute :
Programme :

Je sais pourquoi le fait de travailler est important pour moi.

(de « pas d'accord » au centre de l'étoile à très d'accord aux extrémités)

J'arrive à me projeter concrètement dans un avenir professionnel.

Je serais capable d'expliquer à mes collègues en quoi mon problème psychologique peut entraîner des particularités dans mon travail.



Je peux citer 3 limites à mon insertion professionnelle.

Mes connaissances actuelles me permettent de ne pas vivre de nouveaux échecs liés à l'emploi.

D'accord 😊

7. Echelle EAS: Employability Appraisal Scale

Echelle d'auto-évaluation de l'employabilité

Employability Appraisal Scale (EAS)					
	1	2	3	4	5
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni pas d'accord, ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
FACTEUR 1: COMPORTEMENTS PROTECTEURS FACE A L'EMPLOI					
1. J'atteins les objectifs que je me fixe.					
2. J'ai confiance en mes opinions, même quand elles sont différentes des autres.					
3. Je me met au travail quand je décide ce que je veux faire.					
9. Je suis capable d'organiser mon travail quand je dois faire quelque-chose d'important pour mes études ou mon travail.					
12. Je m'implique dans ce que je fais, et je suis enthousiasmé par les tâches que j'accomplis.					
13. Pour moi c'est important de me sentir bien avec moi-même et de recevoir l'approbation des autres.					
15. Je suis efficace au travail.					
20. Je suis responsable de mes actes et de mes décisions.					
25. Je suis une personne pratique, je sais ce que je dois faire, et je le fais.					
27. Je sais organiser mon temps et l'exploiter au mieux.					
29. Je suis persistant et tenace. Je finis ce que j'ai commencé.					
34. J'ai de l'initiative pour commencer les tâches, prendre des décisions, ou résoudre des problèmes.					
FACTEUR 2: COMPORTEMENTS A RISQUES FACE A L'EMPLOI					
4. Je me lasse des tâches de la vie quotidienne.					
5. Durant la journée, j'ai tendance à changer d'activités sans raison.					
7. Je ne persévère pas quand je dois accomplir une tâche longue et difficile.					
10. Mes formations sont insuffisantes pour trouver du travail.					
11. Je n'ai pas assez d'expérience pour être embauché.					
14. Il y a d'autres professionnels mieux préparés que moi.					
16. J'ai tendance à quitter les choses au dernier moment.					
18. Quand je dois faire quelque chose je prends un long moment pour me mettre en marche.					
19. J'ai des difficultés à organiser ce que je dois faire.					
23. J'ai l'impression que je n'arriverais pas à faire ce qui doit être fait dans la journée					

FACTEUR 3: RECHERCHE D'EMPLOI			
6. Je présente mal et je pense que c'est pour ça que je ne trouve pas de travail.			
24. Je ne trouve pas de travail parce que je ne sais pas comment en chercher.			
26. Je ne trouve de travail parce que j'ai du mal à m'exprimer avec les autres.			
28. Je ne trouve pas de travail parce que je manque de confiance en moi.			
30. Je ne trouve pas de travail parce que je devrais être plus persistant quand je cherche du travail, et ne pas me décourager.			
31. Je ne trouve pas de travail parce que je ne suis pas à la hauteur de mon travail et je ne suis pas compétent.			
FACTEUR 4: SELF CONTROL			
17. J'ai du mal à contrôler ma colère.			
21. Certaines choses m'agacent beaucoup.			
32. Je me mets facilement en colère.			
33. J'ai un mauvais tempérament.			
FACTEUR 5: AUTO-FORMATION			
8. Quand j'ai besoin de comprendre quelque chose au travail, je demande facilement qu'on m'explique.			
22. J'aime apprendre de nouvelles choses en rapport avec mon travail, même quand il s'agit de petits détails.			
35. Je vois le changement comme une opportunité d'apprendre, et pas comme une difficulté.			

8. Données sociodémographiques et professionnelles

Entretien individuel avec le médecin du travail

Date : ...

Pour : ...

Mail :

Genre :

- Homme Femme

Date de naissance :

Age :

Etat civil :

- Célibataire Concubinage Marié Séparé Divorcé Veuf

Dans quel type de logement habitez-vous ?

Avez-vous déménagé la dernière année ?

Informations relatives à la situation financière

Quelles sont vos sources de revenus actuellement ?

- Salaire
 Chômage
 Pension d'invalidité
 AHH
 Allocation logement
 Autres :

Informations relatives au travail

Plus haut niveau d'étude

- BEP/CAP
 Bac
 Bac + 2
 Bac + 3 ou plus
 Aucun diplôme

Avant d'intégrer le CReSERC aviez-vous déjà travaillé ?

Oui Non

Précisez :

Quelle durée d'expérience professionnelle avez-vous cumulé en années d'expériences ?

Actuellement, travaillez-vous ?

Oui Non

Depuis combien de temps vous ne travaillez-vous pas ?

Etes-vous déjà reconnu RQTH, jusqu'à quand ?

Quel Milieu de travail souhaitez-vous ? (Ordinaire, adapté, protégé)

9. Fiche de liaison Entretien-Conseil-Emploi

Evaluation conjointe en binôme médecin du travail - chargés d'insertion

Emploi accompagné 44 – Centre de référence en soins d'éducation thérapeutique et de remédiation cognitive (CReSERC)

Date :

Nom du rédacteur :

NOM du bénéficiaire :

Prénom :

Objet de la demande (qu'attend la personne et/ou le/la professionnel-le de cet entretien ?)

Synthèse de la situation de la personne (formations, dernières expériences professionnelles, CV...)

Éléments de contexte socio-professionnel (RQTH, invalidité, inaptitude à un poste, protection judiciaire, mode de vie, entourage, activités...)

NOM : FATRAS PRENOM : Rémy

Titre de Thèse :

« Insertion professionnelle et schizophrénie : évaluation d'un Entretien-Conseil-Emploi réalisé en milieu sanitaire par un binôme médecin du travail et chargé d'insertion (conseiller en emploi spécialisé) »

RESUME

La loi n°2005-102 de 2005 a permis la reconnaissance du handicap psychique, qui concerne 20% des demandeurs d'emploi handicapés. Le Rapport Le Houerou de 2016 rappelle la nécessité de promouvoir l'insertion en milieu ordinaire de travail. Nous avons mis en œuvre au CHU de Nantes, avec des conseillers en emploi accompagné, un dispositif de conseil en insertion professionnelle pour des patients atteints de schizophrénie. Une étude mixte a été réalisée pour évaluer l'impact du dispositif sur le rapport entretenu avec le travail et sur d'autres facteurs prédictifs du retour à l'emploi, et pour évaluer au cours d'un Focus group les avantages et inconvénients du dispositif. Nos résultats indiquent que l'accompagnement vers l'insertion professionnelle peut débiter dès le milieu sanitaire de réhabilitation, et nécessitent d'être évalués sur une plus grande population, des données plus vastes, et d'autres pathologies.

MOTS-CLES

Handicap psychique, Schizophrénie, Insertion professionnelle, Emploi accompagné, Facteurs prédictifs du retour à l'emploi, Focus group, stigmatisation, auto-stigmatisation.