

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2019

N° 2019-194

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

par

Marie GAY

née le 19 août 1989 à Montpellier

---

Présentée et soutenue publiquement le 16 octobre 2019

---

INSERTION PROFESSIONNELLE ET HANDICAP PSYCHIQUE :  
CREATION D'UN PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE  
AU SEIN DU CHU DE NANTES.

Etude observationnelle des effets sur le sentiment d'efficacité pour surmonter les  
obstacles liés à l'emploi.

---

Président : Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marion CHIRIO-ESPITALIER

## Remerciements

A Madame le professeur Marie Grall-Bronnec, présidente du jury de cette thèse.

Je la remercie de l'honneur qu'elle m'a fait de présider le jury de ma thèse. Je la remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

A Madame le docteur Marion Chirio-Espitalier, directrice de cette thèse.

Je la remercie pour son accompagnement dans ce travail, pour son soutien, ses encouragements et sa grande disponibilité. Je lui dois la grande fierté que j'ai pour la création de ce programme. Son dynamisme et sa bienveillance permanente resteront un modèle pour moi.

A Madame le professeur Leïla Moret.

Je la remercie pour l'honneur qu'elle me fait d'être membre de mon jury de thèse. Je lui en suis très reconnaissante d'accepter de juger mon travail.

A Monsieur le professeur Roquelaure

Je le remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de prendre part à mon jury, Je lui en suis très reconnaissante.

A Monsieur le docteur Denis Leguay

Il a très aimablement accepté de juger mon travail, et je l'en remercie.

A l'équipe du CreSERC

Merci pour ces deux stages avec vous tous, pour tous nos échanges. Ces moments resteront des souvenirs privilégiés.

A mon père

Merci pour son soutien de chaque instant, pour ses relectures et son aide précieuse.

A Xavier

Merci pour son amour, son soutien permanent et son aide précieuse.

A Charlie et Milo

Mes deux plus grands bonheurs.

## TABLE DES MATIERES

|  |    |
|--|----|
| LISTE DES TABLEAUX.....  | 6  |
| LISTE DES FIGURES.....   | 6  |
| LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....   | 7  |
| 1. Introduction.....   | 9  |
| 2. Insertion professionnelle pour les personnes en situation de handicap psychique.....                            | 10 |
| 2.1. Etat des lieux .....  | 10 |
| 2.1.1. Loi handicap 2005.....  | 10 |
| 2.1.2. Le handicap psychique.....  | 11 |
| 2.1.3. Evolution de la psychiatrie.....  | 16 |
| 2.1.4. Taux de chômage des personnes handicapées dont psychiques.....  | 17 |
| 2.1.5. Taux emploi des personnes handicapées dont psychiques – comparaison milieu ordinaire/<br>protégé/ ESAT..... | 18 |
| 2.2. Le rétablissement.....  | 19 |
| 2.2.1. Généralités sur le concept de rétablissement en santé mentale.....  | 19 |
| 2.2.2. Vers des soins orientés sur le rétablissement.....  | 19 |
| 2.3. L’insertion professionnelle au service du rétablissement.....   | 23 |
| 2.3.1. Historique.....   | 24 |
| 2.3.2. Les déterminants de la réinsertion professionnelle.....   | 25 |
| 2.4. Nouveaux modèles d’insertion des personnes handicapées.....   | 26 |
| 2.4.1. Le modèle IPS.....  | 26 |
| 2.4.2. Application concrète du modèle IPS avec l’association Messidor.....   | 28 |
| 3. Programme thérapeutique au CReSERC : Insertion professionnelle et handicap psychique.....                       | 30 |
| 3.1. Le CReSERC.....   | 30 |
| 3.1.1. Principes des soins.....  | 30 |
| 3.1.2. Programmes d’éducation thérapeutique proposés.....  | 31 |

|  |    |
|--|----|
| 3.1.3. Groupes de remédiation cognitive.....                     | 31 |
| 3.2. Genèse du groupe.....                                       | 32 |
| 3.3. Elaboration du programme d'éducation thérapeutique.....     | 33 |
| 3.3.1. Elaboration du module 1.....                              | 34 |
| 3.3.2. Elaboration du module 2.....                              | 35 |
| 4. Etude clinique STEPPE.....                                    | 40 |
| 4.1. Objectifs de l'étude.....                                   | 40 |
| 4.2. Evaluation avec le questionnaire OITES.....                 | 41 |
| 4.3. Bilan de l'étude STEPPE.....                                | 43 |
| 4.3.1. Déroulement et conditions de l'étude.....                 | 43 |
| 4.3.2. Résultats.....  | 45 |
| 4.3.3. Discussion.....   | 47 |
| 5. Conclusion.....   | 52 |
| BIBLIOGRAPHIE.....   | 53 |
| ANNEXES.....   | 59 |
| 1- Plaquette de présentation du programme.....                   | 59 |
| 2- Fiche du programme de recherche STEPPE.....                   | 60 |
| 3- Questionnaire OITES.....                                      | 62 |
| 4- Données détaillées de l'enquête OITES.....                    | 68 |
| Perception de l'obstacle.....                                    | 68 |
| Sentiment de capacité à surmonter l'obstacle.....                | 69 |
| Evolution des participants.....                                  | 70 |
| 5- Données démographiques sur les participants au programme..... | 71 |

## **LISTE DES TABLEAUX**

|  |    |
|--|----|
| Tableau 1: Modèle maladie-handicap de Wood (72).....                                     | 14 |
| Tableau 2: Modèle stress - vulnérabilité de la schizophrénie (73).....                   | 15 |
| Tableau 3: Caractéristiques des bénéficiaires de l'OETH en 2015 en % (d'après (31))..... | 18 |
| Tableau 4: Les 10 composants du rétablissement (SAMHSA).....                             | 22 |
| Tableau 5: Mesure de la performance des dispositifs Messidor (56).....                   | 29 |
| Tableau 6: Synoptique du programme.....  | 37 |
| Tableau 7: Extrait du questionnaire OITES (items 8,9 et 10).....                         | 42 |

## **LISTE DES FIGURES**

|   |    |
|---|----|
| Figure 1: Répartition des participants de l'étude selon leur âge et leur sexe.....  | 43 |
| Figure 2: Répartition des participants selon la durée depuis leur dernier emploi.....                                     | 43 |
| Figure 3: Corrélations entre perception du niveau de l'obstacle (question A) et capacité à le surmonter (question B)..... | 45 |
| Figure 4: Perception d'obstacles avant et après le programme.....   | 47 |
| Figure 5: Sentiment de capacité à surmonter les obstacles avant et après le programme.....                                | 48 |
| Figure 6: Perception des obstacles, par item.....   | 68 |
| Figure 7: Sentiment de capacité à surmonter les obstacles, par item.....  | 69 |
| Figure 8: Evolution des participants (avant et après le programme).....   | 70 |

## **LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES**

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

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

**ANESM** : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CIH** : Classification Internationale du Handicap

**CNV** : Communication Non Violente

**CDI** : Contrat à Durée Indéterminée

**CreHPSY** : Centre ressource Handicap Psychique

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

**CRP** : Centre de Réadaptation Professionnelle

**DARES** : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques – Ministère du travail

**DIAPSAH** : Dispositif d'Appui Professionnel et Social des Apprentis handicapés

**ESAT** : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

**ETP** : Education Thérapeutique du Patient

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

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

**IPS** : Individual Placement and Support

**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées

**MSP** : Médiatrice de Santé Pair

**OCDE** : Organisme de Coopération et de Développement Economique

**OETH** : Obligation d'Emploi de Travailleurs Handicapés

**OITES** : Obstacles à l'Insertion au Travail et sentiment d'Efficacité pour les Surmonter

**RC** : Remédiation Cognitive

**RQTH** : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

**SAMHSA** : Substance Abuse and Mental Health Services Administration

**SAVS** : Service d'Accompagnement Social vers l'Emploi

**SEAP** : Service d'Evaluation et d'Accompagnement Professionnel

**STEPPE** : SentimenT d'Efficacité Professionnelle et handicap PsychiquE

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

## 1. Introduction

Dans notre société actuelle, les maladies psychiatriques sont au troisième rang des maladies les plus fréquentes (1). Les maladies psychiatriques ont un taux de prévalence très important et touchent toute la population sans distinction d'âge. Elles sont également la première cause d'invalidité et d'arrêts maladie de longue durée. Par méconnaissance, les maladies mentales font peur à la société, ce qui amène à une forte stigmatisation de personnes souffrant de pathologies psychiques.

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 (2) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a permis une reconnaissance de ces personnes avec l'introduction de la notion de « handicap psychique », qu'elle différencie du handicap mental.

L'émergence officielle du concept de handicap psychique a permis aux personnes souffrant de troubles psychiatriques durables et invalidants d'accéder à un certain nombre de droits nouveaux. Notamment cette loi handicap réaffirme l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés pour les entreprises.

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 (3). Les personnes handicapées présentent des difficultés d'insertion particulières, ce qui se manifeste par une forte ancienneté d'inscription au chômage. Elles ont deux à trois fois plus de risque d'être au chômage (29) (OCDE, 2012) et moins de chance de garder leur emploi (DREES, 2014).

Ces problématiques professionnelles nous ont invités à réfléchir à un moyen de favoriser l'insertion ou la réinsertion professionnelle de ces personnes souffrant de handicap psychique.

C'est ainsi qu'en collaboration avec d'autres professionnels du secteur de la psychiatrie de l'hôpital Saint Jacques – CHU de Nantes, j'ai pris part en 2018 à la création d'un programme d'éducation thérapeutique au sein du CReSERC « Handicap psychique et réinsertion professionnelle », qui est en cours de validation par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Grâce à un questionnaire d'évaluation validé scientifiquement (OITES), nous avons souhaité évaluer notre programme, son contenu ainsi que son efficacité pour aider les participants à surmonter les obstacles ressentis à leur insertion professionnelle.

## **2. Insertion professionnelle pour les personnes en situation de handicap psychique**

### **2.1. Etat des lieux**

#### **2.1.1. Loi handicap 2005**

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 (2) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées est le principal texte sur les droits des personnes en situation de handicap, depuis la loi de 1975 (4). 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. »*

Cette loi met en œuvre le principe du droit à compensation du handicap, en établissement comme à domicile. La prestation de compensation couvre les besoins en aide humaine, technique ou animalière, aménagement du logement ou du véhicule, en fonction du projet de vie formulé par la personne handicapée.

L'émergence officielle du concept de handicap psychique, avec la loi de 2005, a permis aux personnes souffrant de troubles psychiatriques durables et invalidants d'accéder à un certain nombre de droits nouveaux (5).

- La scolarité

La loi handicap reconnaît à tout enfant porteur de handicap le droit d'être inscrit en milieu ordinaire, dans l'école la plus proche de son domicile.

- L'emploi

La loi handicap réaffirme l'obligation d'emploi d'au moins 6 % de travailleurs handicapés pour les entreprises de plus de 20 salariés, renforce les sanctions, crée des incitations et les étend aux employeurs publics.

- L'accessibilité

La loi handicap définit les moyens de la participation des personnes handicapées à la vie de la cité. Elle crée l'obligation de mise en accessibilité des bâtiments et des transports dans un délai maximum de 10 ans.

- Les Maisons départementales des personnes handicapées

La loi handicap crée les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) (4). Elles exercent, dans chaque département, une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leurs proches, d'attribution des droits ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

### **2.1.2. Le handicap psychique**

#### ***Définition***

Le handicap psychique est 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 (7).

Dans la loi handicap de 2005 (2) le handicap psychique n'est pas spécifiquement défini mais il est clairement distingué du handicap mental, qui, lui, est associé à une déficience intellectuelle entraînant un déficit dans les apprentissages.

En réalité, il n'existe pas de définition officielle du handicap psychique. Il peut globalement être défini comme le retentissement fonctionnel et social des troubles psychiatriques chroniques sur le fonctionnement quotidien des personnes atteintes. Pour le CreHPSY (Centre ressource Handicap Psychique) des Pays de la Loire (8), 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 ». De manière complémentaire, pour l'UNAFAM (Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques) (7), 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 ».

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.

Le handicap, quelle que soit sa nature, physique ou psychique, correspond davantage à une situation plutôt qu'à un état. C'est l'environnement qui amène le contexte de handicap pour la personne, pour une action. L'adaptation de l'environnement permettra une amélioration du fonctionnement de la personne en situation de handicap.

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 davantage aux conséquences en terme 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 (5).

### ***Déterminants du handicap psychique***

Les déterminants du handicap psychique ne sont pas directement liés aux symptômes cliniques de la maladie. En 1996, les travaux de méta-analyse de Green (9) montrent même que les symptômes psychotiques de la schizophrénie ne permettent pas de prédire le devenir des personnes. Le handicap psychique est donc déterminé par d'autres facteurs que nous allons aborder.

- **Déterminants environnementaux**

Les facteurs environnementaux (10) sont les facteurs qui influencent les interactions entre la personne malade et son milieu. Les personnes souffrant de trouble psychique ont des difficultés de participation à la vie sociale : pauvreté des relations sociales, le plus souvent célibat et absence d'emploi. La stigmatisation des personnes ayant une maladie mentale, engendre par le biais de représentations sociales négatives, une exclusion sociale. L'entourage familial et la présence d'aidants participent grandement à la réduction du handicap psychique.

- **Déterminants individuels fonctionnels**

Le handicap psychique est aussi déterminé par des facteurs propres à l'individu. La pathologie chronique engendre des altérations des fonctions neurocognitives comme la mémoire, l'attention, la métacognition ou la théorie de l'esprit.

Selon une étude quantitative, les altérations cognitives concerneraient 4 personnes souffrant de schizophrénie sur 5 (11). Ces altérations affectent particulièrement l'attention, les fonctions exécutives et la flexibilité mentale. Cela peut avoir de nombreuses conséquences invalidantes au quotidien pour la personne, comme des difficultés à suivre une conversation ou à retenir un rendez-vous.

D'autre part, les altérations de la cognition sociale (perception des émotions, théorie de l'esprit, style attributionnel, perception et connaissances sociales) ont un fort impact sur le fonctionnement social, professionnel et interpersonnel. La cognition sociale comprend l'intégralité des capacités à percevoir, interpréter et générer des réponses concernant les intentions, les dispositions et les comportements des autres individus (12)

- **Déterminants individuels subjectifs**

Il existe aussi des facteurs « subjectifs » touchant à la représentation de soi : la métacognition, l'insight, l'internalisation de la stigmatisation, la motivation et l'estime de soi (13).

- La métacognition désigne « l'aptitude globale d'un individu à développer une pensée à propos de sa propre pensée » (14).
- L'insight se définit comme la conscience que peut avoir un sujet de sa pathologie.
- L'internalisation de la stigmatisation est la représentation de soi, elle comprend les croyances négatives de la société sur la maladie mentale. Selon plusieurs études (15) (16), 20 à 40% des personnes suivies en psychiatrie sont sujets à cette internalisation de la stigmatisation, ce qui a un fort impact sur leur estime de soi et leur qualité de vie.
- La motivation est définie comme « un état interne ou une condition qui permettent d'activer ou apporter de l'énergie au comportement et lui donner sa direction » (17). On distingue deux composantes : la motivation extrinsèque (qui évoque les comportements satisfaisant une demande extérieure ou une récompense) et la motivation intrinsèque (qui évoque les comportements engagés pour eux-mêmes ou pour le plaisir).

De plus, au niveau professionnel les facteurs prédictifs du retentissement fonctionnel sont le niveau de formation antérieure scolaire et professionnel ainsi que l'expérience acquise avant la maladie (18).

Enfin, il reste à lever une ambiguïté sur la notion de handicap psychique. Le terme de handicap peut amener un aspect déterministe, négatif vis à vis du futur, ce qui est contraire aux conceptions positives de l'évolution des troubles psychiatriques. Le handicap psychique

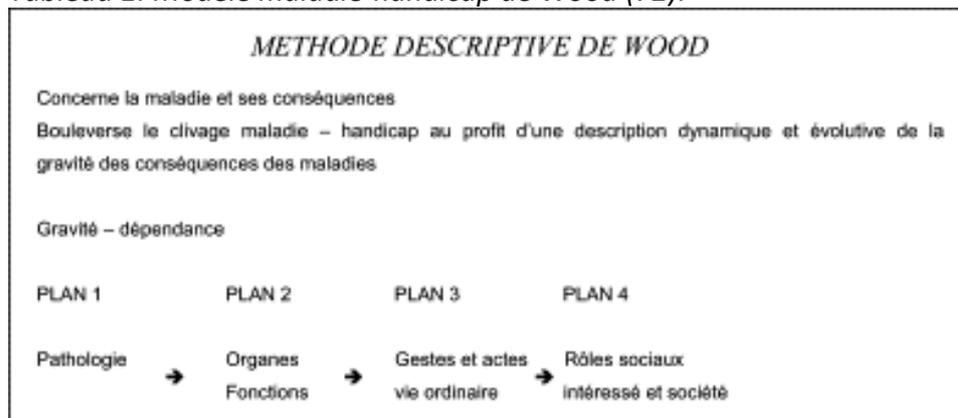
est évolutif. Il correspond à une situation donnée dans laquelle la personne se trouve, à un moment donné, selon l'environnement auquel elle est confrontée.

### ***Modèles conceptuels du handicap psychique***

- **Le modèle de Wood**

En 1970, P. Wood propose un modèle biomédical descriptif maladie-handicap, dans lequel le handicap est défini comme « une conséquence de la maladie sur la personne » (19). L'OMS s'est appuyée sur ce modèle pour la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF-2011) (20). La maladie est considérée comme une lésion entraînant une déficience de l'organe ou du système concerné, elle-même responsable d'une incapacité (gêne fonctionnelle) à réaliser certaines activités. L'absence de compensation de cette incapacité entraîne un handicap.

*Tableau 1: Modèle maladie-handicap de Wood (72).*



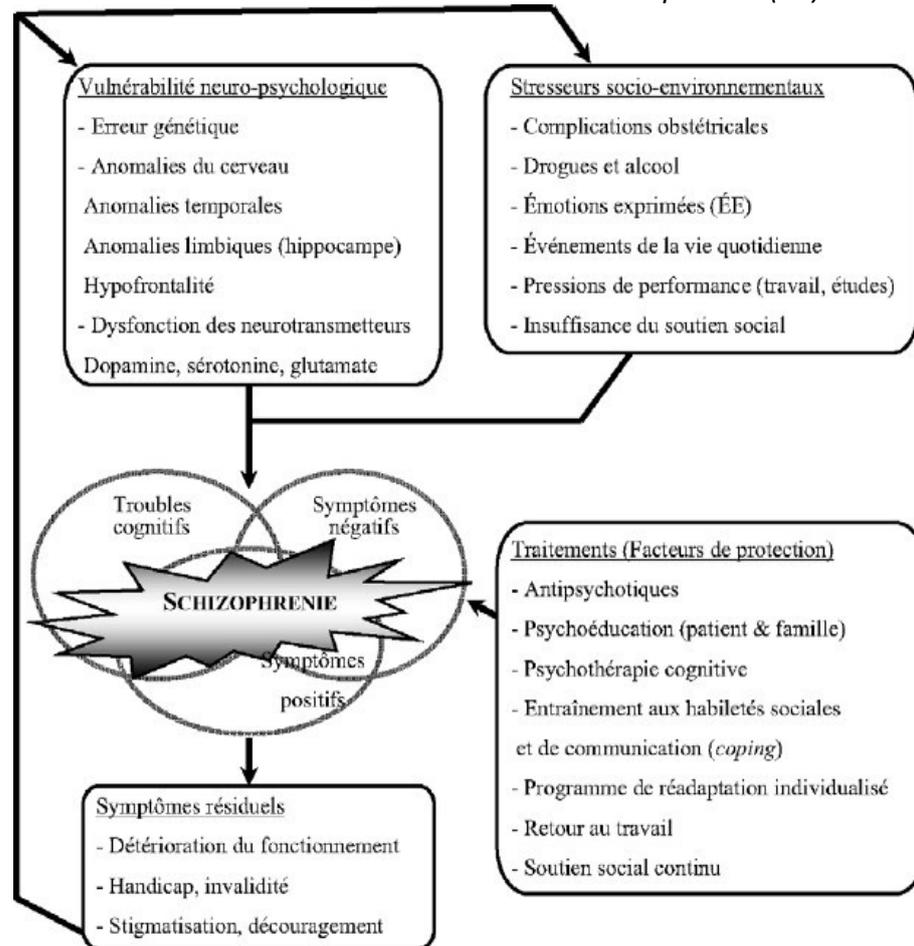
Ainsi, on préférera parler de « situation de handicap » plutôt que de handicap afin de mieux rendre compte des conditions d'émergence et du contexte exogène à l'individu (CIF-2001) (20).

Pour autant, les « fonctions psychologiques » et donc le handicap psychique ne sont pas clairement mentionnés par Wood..

- **Le modèle de stress-vulnérabilité**

Ce modèle est un modèle de compréhension de l'émergence des maladies psychiques chroniques. Il a été conçu par Zubin et Spring (1977) puis enrichi par Antony et Liberman (1986) (21).

Tableau 2: Modèle stress - vulnérabilité de la schizophrénie (73).



Selon ce modèle, trois composantes peuvent interagir et influencer le développement de la maladie. Selon ce modèle, trois composantes peuvent interagir et influencer le développement de la maladie psychique : la vulnérabilité neurobiologique, le stress environnemental et les facteurs de protection.

La vulnérabilité neuropsychologique prédispose l'individu à plus de fragilité vis à vis des « stressés » environnementaux. Il existe des facteurs « protecteurs » pouvant réduire le handicap, comme la réinsertion professionnelle, l'entourage social ou encore les traitements.

Ce modèle permet aux personnes de comprendre qu'elles ont la possibilité d'agir pour diminuer leurs facteurs de stress. Il est plus optimiste et indique qu'une évolution des maladies psychiques est possible.

### **2.1.3. Evolution de la psychiatrie**

Le mouvement de désinstitutionalisation débuté dans les années 1960 est parti du constat que l'asile psychiatrique pouvait dans certains cas avoir davantage d'effets indésirables que bénéfiques. L'évolution des droits des patients, considérés à nouveau comme des citoyens, a amené la modification de certaines pratiques des professionnels de la psychiatrie (22)

Il y a une diminution forte du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie depuis 1950 avec une baisse de 55%. De nos jours dans les pays à haut revenu de l'Europe, ce nombre est de 75 lits par cent mille habitants. (23)

Pour L. Bachrach (24), le mouvement de désinstitutionalisation se compose de trois éléments : (i) la diminution des places en institutions « traditionnelles » et l'évacuation progressive des malades hospitalisés, (ii) le développement d'institutions thérapeutiques au sein de la communauté et (iii) l'éviction de l'hospitalisation des personnes susceptibles de subir une institutionnalisation.

L'évolution des thérapies médicamenteuses avec la découverte des traitements neuroleptiques au début des années 1950 a permis d'améliorer la clinique des patients schizophrènes. Ils réduisent les symptômes psychotiques les plus visibles, permettent aux personnes de bénéficier psychothérapie, d'obtenir des périodes de rémission plus longues, permettant ensuite des sorties d'institutionnalisation. Ensuite, l'apparition des neuroleptiques atypiques a permis de diminuer fortement la iatrogénie de ces traitements.

Aux yeux du public, la psychiatrie souffre pourtant d'une image qui reste asilaire (23).

#### **De l'éthique asilaire au communautaire :**

Dans l'éthique « asilaire », peu importaient les libertés individuelles, la valeur majeure était la bienfaisance. Le paternalisme médical savait, à la place du patient, ce qui était bon pour lui. L'asile protégeait alors les personnes du monde extérieur, il n'avait pas l'ambition de guérir mais plutôt de stabiliser et de contrôler les comportements. Leur autonomie n'était pas encouragée, et les interactions avec la société étaient considérées comme néfastes (25).

De cette période post-asilaire naîtra le concept de réhabilitation psycho-sociale, que l'on peut définir comme l'ensemble des actions visant à favoriser l'autonomie des personnes souffrant d'un trouble mental et leur relation à la communauté (26).

Dans cette perspective, l'autonomie et la réinsertion sociale deviennent les principaux enjeux de la prise en charge d'une personne souffrant d'un trouble psychique.

#### **2.1.4. Taux de chômage des personnes handicapées dont psychiques**

Les données statistiques (27) éclairent sur le taux de chômage des personnes en situation de handicap.

En 2018, 514.000 personnes sont demandeurs d'emploi handicapés inscrits à Pôle emploi, soit une hausse de 3,5% sur un an. Le taux de chômage, autour de 19%, est toujours deux fois supérieur à la moyenne nationale.

Les personnes handicapées ont trois fois moins de chances d'être en emploi que les personnes non handicapées ayant les mêmes caractéristiques, et deux fois plus de chances d'être au chômage (28). Leurs périodes de chômage sont plus longues. La part des personnes handicapées en recherche d'emploi depuis au moins un an atteint 63% (contre 45% pour l'ensemble des chômeurs). Cette ancienneté dans le chômage dépasse même 3 ans pour près de 28 % d'entre elles (contre 14%).

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

Il est reconnu que 20% des handicaps relèvent de troubles psychiques (29).

Des personnes concernées par des troubles psychiques osent de plus en plus évoquer leurs difficultés et leurs réussites, mais le sujet reste encore trop souvent tabou. Ces personnes cachent leurs problèmes de santé mentale de peur d'être stigmatisées ou de perdre leur emploi ; les employeurs eux évitent le sujet craignant d'être jugés (30).

Les troubles psychiques sont la première cause d'arrêt maladie de longue durée et la première cause d'invalidité (30).

Une période longue de chômage constitue un risque majeur de dégradation de l'état mental d'une personne souffrant de troubles psychique (30).

10% des personnes inscrites à Pôle Emploi auraient un trouble psychique grave non reconnu (30).

### 2.1.5. Taux emploi des personnes handicapées dont psychiques – comparaison milieu ordinaire/ protégé/ ESAT

En 2015, 100 300 établissements du secteur privé et établissements publics à caractère industriel et commercial, de 20 salariés ou plus, sont assujettis à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH).

Les résultats publiés par la DARES (31) concernant l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en 2015 révèlent que, parmi les 9 494 600 salariés des établissements assujettis à l'OETH, 431 000 sont des bénéficiaires de l'OETH, soit une hausse de 7,4% par rapport à 2014.

Le taux d'emploi direct de travailleurs handicapés, exprimé en personnes physiques, qui est le résultat du rapport entre le nombre de bénéficiaires et l'effectif d'assujettissement, s'établit à 4,5% en 2015.

Les bénéficiaires de l'OETH sont nettement plus âgés que l'ensemble des salariés des établissements assujettis à l'OETH : la moitié a 50 ans ou plus, contre un peu plus d'un quart de l'ensemble des salariés. Les travailleurs handicapés sont également plus nombreux à exercer leur activité à temps partiel, chez les femmes (43% contre 26%) comme chez les hommes (16 % contre 5 %).

*Tableau 3: Caractéristiques des bénéficiaires de l'OETH en 2015 en % (d'après (31))*

|                     | Bénéficiaires de l'OETH | Salariés des établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé (Epic inclus) |
|---------------------|-------------------------|---|
| Hommes.....         | 56                      | 58  |
| Femmes.....         | 44                      | 42  |
| 15 à 24 ans.....    | 2                       | 8   |
| 25 à 39 ans.....    | 18                      | 37  |
| 40 à 49 ans.....    | 29                      | 28  |
| 50 ans ou plus..... | 51                      | 27  |

L'OCDE (Organisme de Coopération et de Développement Economique) estimait en 2012, que 15 à 18% de la population active étaient concernés par un problème de santé mentale.

Suite à une enquête menée par l'UNAFAM (Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques) (32) en 2016 (du 17/06/2016 au 31/08/2016

avec 2807 répondants) : 19% des familles déclarent que leur proche en situation de handicap psychique a un emploi, soit à peine 1 sur 5. Cet emploi est majoritairement un CDI en milieu ordinaire .

## **2.2. Le rétablissement**

### **2.2.1. Généralités sur le concept de rétablissement en santé mentale**

Pour la médecine moderne, la santé se mesure à la disparition d'une maladie ou de symptômes. Ainsi il paraît toujours difficile pour un soignant de dire qu'une personne souffrant de schizophrénie, par exemple, est guérie. En revanche, pour une personne malade chronique, la perception de sa santé se base sur un état d'équilibre, où elle est capable de vivre pleinement sa vie malgré le trouble.

Depuis quelques années, de nombreux témoignages de patients nous indiquent que l'on peut se rétablir d'une maladie mentale. Le modèle psychologique du rétablissement se réfère à l'établissement d'une vie pleine et significative, d'une identité positive fondée sur l'espoir et l'autodétermination (22).

Plutôt qu'une disparition des symptômes, le rétablissement est vu comme «la capacité à vivre une vie accomplie» (30).

Le modèle du rétablissement ne précise pas si la maladie est toujours active ou non, il n'est pas lié à une théorie causale de la maladie mentale. On peut être rétabli tout en présentant des troubles apparents, si ces troubles n'empêchent pas la personne de vivre pleinement sa vie.

Les personnes qui se décrivent rétablies se disent différentes de ce qu'elles étaient auparavant. La plupart des personnes se sentent grandies par l'expérience de la maladie et du rétablissement.

L'objectif principal n'est plus l'autonomie de manière abstraite et solitaire, mais l'autodétermination dans une interdépendance avec autrui.

### **2.2.2. Vers des soins orientés sur le rétablissement**

Le mouvement du rétablissement s'est fondé d'abord sur des témoignages d'usagers souffrant de troubles psychiatriques, et donc de leurs expériences subjectives (26).

De ces témoignages ressort la volonté d'une 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. Les « usagers en santé mentale » revendiquent ainsi le droit de participer aux décisions et de « pouvoir agir », c'est le mouvement de « l'empowerment ».

- **Le mouvement de l'empowerment**

Le mouvement de l'empowerment en psychiatrie prend naissance au début des années 1980 aux Etats-Unis lorsque Judi Chamberlin qui se définit comme « survivante de la psychiatrie » lance un appel à ses pairs afin qu'ils se rassemblent et parlent d'une seule voix (34).

Les revendications des « usagers en santé mentale » se basent sur la nécessité de systèmes d'accompagnement plus proches des usagers et la reconnaissance de l'apport de l'entraide mutuelle. Il s'agit d'un combat politique pour la réappropriation du pouvoir « par et pour » les usagers de santé mentale, qui dénonce une vision négative de la maladie mentale encore trop empreinte des notions de dépendance, d'invalidité et de chronicité. A Boston, ils créent leur propre réseau de santé, en marge des systèmes de soin, dans lequel l'espoir et la possibilité de retrouver un sens à sa vie est au centre des préoccupations (34). Ce réseau se généralisera dans un grand nombre d'états américains.

- **Le concept de rétablissement en psychiatrie**

Dans les années 1990, apparaît le concept de recovery jusqu'alors utilisé par des groupes d'anciens buveurs aux États-Unis (les «recovery circles») qui s'estimaient en cours de rétablissement tant qu'ils poursuivaient leurs efforts pour le maintien de l'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. Elles se sentent différentes par l'expérience de la maladie: le processus de rétablissement est plutôt la recherche d'un état « comme après » (35).

Bill Anthony définit le rétablissement comme « un processus profondément personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences et/ou rôles. C'est une façon de vivre de manière épanouie, avec l'espoir d'apporter sa contribution à la société, même s'il reste d'éventuelles contraintes liées à la maladie. Se rétablir signifie donner un sens nouveau à sa vie, un nouvel objectif, au fur et à mesure que l'on apprend à dépasser les effets catastrophiques de la maladie mentale » (36). Ainsi, la finalité du rétablissement n'est en aucun cas la guérison (disparition de la maladie) ni même la rémission (atténuation des symptômes) mais celle de se dégager d'une identité de malade psychiatrique en recouvrant une vie sociale active et une place de citoyen. Le rétablissement est un mode de sortie du statut de malade mental dans lequel la personne se réengage dans une vie active, satisfaisante et dotée de sens. Il s'agit bien d'un processus expérientiel entrepris sous la forme d'une démarche personnelle et unique selon le principe de l'autodétermination. Selon H. Provencher, le sujet en rétablissement « se transforme conformément selon ses valeurs et selon son propre rythme (37). Des changements se manifestent entre autres par la redécouverte de soi et de ses possibilités d'agir sur l'environnement, une responsabilité renouvelée face à la construction de projets de vie significatifs ».

- **Les composants du rétablissement**

Le rétablissement peut être envisagé sous un abord scientifique, mettant l'accent sur des critères objectifs. Cependant, comme le défend Bernard Pachoud (38), la notion de rétablissement illustre « l'exigence de prise en compte du point de vue du sujet, autrement dit d'un point de vue en première personne, subjectif et existentiel », basée sur l'expérience propre de la personne. Il est donc essentiel de s'interroger sur les composants du processus de rétablissement expérientiel.

Selon Patricia Deegan, il existe cinq composants du rétablissement : l'espoir, l'affermissement d'une identité personnelle et de l'estime de soi, la restauration du pouvoir d'agir, la restauration du sens et l'importance essentielle des relations.

- L'espoir d'une amélioration possible constitue le point de départ, puis un point d'appui tout au long du processus de rétablissement. Il permet une projection sur l'avenir et une appréhension des possibles.
- L'affermissement d'une identité personnelle à travers le partage narratif d'expériences entre usagers.

- L'estime de soi repose sur la reconnaissance de l'utilité sociale de son action et du sentiment d'efficacité personnelle.

- La restauration du pouvoir d'agir est également fondamentale car elle redonne le sentiment de contrôle sur sa vie et celui de responsabilité. Elle est aussi bien conditionnée par des déterminants internes (sentiment d'efficacité personnelle, la constitution d'un soi) que par des déterminants environnementaux (entourage, soignants).

Enfin, la nécessité des relations apparaît essentielle dans le processus de rétablissement. -

- Les personnes qui en ont fait l'expérience décrivent bien souvent une rencontre significative soit dans un lien d'accompagnement (avec un pair, un soignant) ou un lien affectif. Les relations d'entraide entre pairs apparaissent très soutenantes.

Le SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) qui est l'administration des services de toxicomanie et de santé mentale, est une branche du département américain de la santé et des services sociaux. Il est chargé d'améliorer la qualité et la disponibilité des traitements et des services de réadaptation afin de réduire les maladies, les décès, les incapacités et les coûts pour la société résultant de la toxicomanie et des maladies mentales.

Le SAMSHA propose dix composants du rétablissement que nous détaillons dans le tableau suivant (39).

*Tableau 4: Les 10 composants du rétablissement (SAMHSA)*

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Autodétermination                | L'utilisateur fait ses choix, contrôle, détermine son propre parcours de rétablissement.  |
| Processus centré sur la personne | Une variété de voies de rétablissement, selon les besoins, les préférences et les expériences de la personne.                               |
| Empowerment                      | Les usagers font leurs choix librement, prennent des décisions quant à leur vie.  |
| Holisme                          | Le rétablissement recouvre une variété d'aspects de la vie de la personne, comportant l'esprit, le corps, la spiritualité et la communauté. |
| Non linéarité du processus       | Un processus non complètement graduel, mais fondé sur un développement continu, avec des moments de régression.                             |
| Construire sur ses forces        | Valoriser et prendre appui sur : les forces de la personne, sa résilience, ses aptitudes de coping, ses capacités...                        |
| Soutien par les pairs            | Le rôle inestimable des soutiens mutuels.   |
| Respect                          | La reconnaissance des droits des usagers (élimination des discriminations et de la stigmatisation) est fondamentale pour le rétablissement. |
| Responsabilité                   | Les personnes sont responsables du soin d'eux-mêmes et de leur parcours de  |

|        |   |
|--------|---|
|        | rétablissement.   |
| Espoir | Le rétablissement véhicule le message motivant que les gens peuvent et réussissent à surmonter les obstacles et les difficultés qu'ils rencontrent. |

- **Les phases du processus de rétablissement**

Selon Andersen et al. (40), il existe cinq étapes dans le processus de rétablissement, alors considéré comme un processus psychologique qui, bien qu'éminemment personnel, nécessite d'être séquencé afin d'en identifier les grands moments.

- La première étape est celle du moratoire caractérisée par le déni, la confusion, le désespoir et le repli. La survenue de la maladie est une véritable catastrophe dans la vie de la personne qui l'amène à remettre en question ses projets et ses aspirations.
- Vient ensuite la phase de conscience durant laquelle émerge l'espoir d'une amélioration durant laquelle la personne accède progressivement à la distinction entre soi et la maladie.
- Puis la phase de la préparation : la personne est consciente de la possibilité du rétablissement et fait l'inventaire de ses ressources.
- La reconstruction est l'étape de travail qui correspond à la redéfinition d'une identité positive, la personne construit des projets significatifs avec le sentiment d'une reprise de contrôle sur sa vie.
- L'étape de croissance est caractérisée par un sentiment de bien-être, de confiance en ses capacités tout en tenant compte de ses difficultés.

Le rétablissement remet donc en question une vision déterministe et trop souvent pessimiste des troubles psychiatriques chroniques, selon laquelle il s'agirait de maladies de longue durée et chroniques pour lesquelles il est possible d'espérer au mieux une stabilisation des symptômes. Il s'agit là d'un véritable changement de paradigme : les soins ne se centrent plus sur l'évolution de la maladie et sur ses conséquences mais sur le devenir de la personne. L'approche centrée sur le rétablissement réintroduit la notion d'espoir au cœur du soin en psychiatrie en s'appuyant sur les nombreux témoignages d'expérience personnelle de rétablissement. Le rôle du système de soins, de fait, est l'accompagnement de ce mouvement vers le mieux, et en aucun cas l'acceptation d'un « statu quo » ou d'une simple stabilisation.

### **2.3. L'insertion professionnelle au service du rétablissement**

En France, comme dans beaucoup de pays développés, la réinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique est devenue une préoccupation d'actualité pour

un ensemble de raisons, notamment (41) la durée des prises en charge hospitalières qui a été raccourcie au cours des soixante dernières années, ce qui ramène plus rapidement les personnes dans leur environnement social, voire professionnel.

La loi sur le handicap de 2005 (2), favorise des mesures de soutien pour ces personnes. C'est donc dans ce contexte que se développe une grande diversité de pratiques d'accompagnement à la réinsertion.

On peut aussi faire remarquer que dans les représentations sociales les plus courantes, le fait de « reprendre le travail » ou de « retrouver un emploi » est un des signes de restauration d'un état de santé « suffisant », donc du rétablissement.

Exercer une activité professionnelle est un des critères objectifs du rétablissement (42).

Dans le cas des troubles psychiques, l'accès ou le retour à l'emploi est un marqueur de normalisation sociale, voire même de « normalité », avec une restauration du sentiment d'appartenance au groupe social, avec l'idée de « faire comme tout le monde ».

Les pratiques de soins en psychiatrie évoluent. On est passé d'une position qui intégrait travail et thérapie, à une position où le travail signifie, pour le malade, réintégration dans une position de sujet autonome (43).

Il est dorénavant admis (30) que le travail peut avoir des effets thérapeutiques bénéfiques sur la santé mentale en renforçant le sentiment d'inclusion sociale, d'identité professionnelle, d'estime de soi, d'identité avec l'identité sociale conférée par le travail, d'appartenance, de bien-être et un but restauré à ses journées.

Ces facteurs concernent l'intégration sociale, le sentiment de citoyenneté et de contribution à la société, le développement d'un réseau relationnel (44), et la réduction des préjugés stigmatisants (45).

### **2.3.1. Historique**

Les pratiques institutionnelles des deux derniers siècles montrent que la problématique du travail pour les malades mentaux n'est pas nouvelle.

Un rapport datant du 6 décembre 1791, adressé au département de Paris par un élu (44) indique : « *Un travail sagement approprié aux forces, à l'intelligence, à l'état de chacun (des fous) serait lui-même un moyen de guérison et les vues économiques s'accorderaient ici, comme il arrive presque toujours, avec les vues bienfaisantes et médicales* ».

Les asiles, qui apparaissent en France en 1838, reconnaissent le travail comme valeur fondamentale. Pour Parchappe (46) : *“Le travail est dans l’asile, comme dans toutes autres agglomérations humaines, une condition essentielle du maintien de l’ordre et de la conservation des bonnes mœurs”*.

Dans le cadre de la loi de 1838 édicté par le préfet Haussmann, l’asile Sainte Anne à Paris a été pourvu d’un « règlement pour le service intérieur ». L’article 91 dit : *le travail est institué dans l’asile comme moyen de traitement et de distraction* » (47).

Au cours du XXe siècle, en Allemagne, suite à une remise en question de l’institution asilaire, H. Simon développe une thérapeutique basée sur l’activité, dans le but de mobiliser les malades vers une réadaptation sociale (48).

A la même époque, sont développées en Amérique du Nord, les bases de la théorie occupationnelle, qui poursuit aussi un objectif de réhabilitation psychosociale (49).

### **2.3.2. Les déterminants de la réinsertion professionnelle**

Contrairement à certains préjugés médicaux, selon lesquels la réduction des troubles, par exemple, serait une des conditions à la reprise d’une activité, il est dorénavant établi que c’est la symptomatologie négative qui retentit réellement sur les capacités de travail.

Les performances cognitives altérées ont également un impact sur les capacités de travail.

- **Les facteurs personnels ou intrinsèques**

On peut distinguer dans cette partie :

- les facteurs liés au travail en lui-même (50) comme le niveau de formation antérieur, l’expérience acquise du monde du travail, ainsi que ses aptitudes relationnelles .
- les facteurs motivationnels (38), plus difficiles à objectiver, mais qui peuvent être par exemple le sentiment d’efficacité à surmonter les difficultés d’un retour à l’emploi. Nous développerons ce point plus tard grâce à l’utilisation d’un questionnaire évaluant les obstacles à l’insertion professionnelle et le sentiment d’efficacité à les surmonter, que nous avons utilisé avec nos participants. Nous pouvons également évoquer les enjeux de reconnaissance sociale, qui interfèrent souvent de façon majeure dans le parcours d’insertion.
- la symptomatologie négative et les troubles cognitifs, comme la mémoire verbale, les fonctions exécutives ou encore les troubles attentionnels (38). Contrairement à une

croissance répandue selon laquelle la sévérité du handicap est corrélée à la sévérité de la maladie (voire à la sévérité de la symptomatologie positive), l'expérience clinique comme les recherches empiriques montrent que le diagnostic n'est pas un déterminant de la réinsertion professionnelle. Il est intéressant de constater que les personnes psychotiques, notamment les personnes souffrant de schizophrénie, pathologie réputée pourtant fortement invalidante, ne sont pas les plus difficiles à réinsérer professionnellement.

- **Les facteurs environnementaux ou extrinsèques**

Le soutien apporté par l'entourage de la personne dans ses démarches ou encore la qualité de l'accompagnement médico-social sont primordiales. La posture des professionnels de l'accompagnement à l'insertion au travail, dans leur façon d'interagir et de se positionner avec les usagers, joue dans le soutien au rétablissement et à la qualité de ce soutien (51).

## **2.4. Nouveaux modèles d'insertion des personnes handicapées**

Environ 80% des personnes souffrant de schizophrénie ne travaillent pas, et ce bien que la plupart d'entre elles désirent travailler (environ 85%) (52).

Un des points majeurs ressortant de la littérature est l'importance de la qualité de l'accompagnement vers et dans l'emploi, ce qui confirme notamment l'impact de l'environnement.

La nouvelle loi Travail (n°2016-1088) (53), adoptée en France le 8 août 2016, stipule que de nouveaux dispositifs de soutien à l'emploi doivent être proposés aux travailleurs handicapés. Ces dispositifs ayant pour objectif d'offrir un soutien à l'insertion et au maintien en emploi.

De plus, les dépenses associées à l'implantation et au fonctionnement des programmes de soutien à l'emploi représentent un rapport coût-bénéfice avantageux.

### **2.4.1. Le modèle IPS**

Le modèle IPS (Individual Placement and Support) (51), particulièrement performant, s'oppose par divers aspects à des pratiques plus traditionnelles. Alors que ces dernières reposent sur la progressivité et le réentraînement préalables à l'insertion en milieu ordinaire, respectant le principe du « train and place ». L'approche IPS repose quant à elle sur le principe du « place and train », qui consiste donc à insérer d'abord, puis former et soutenir dans le cadre d'une activité professionnelle.

Dans ce modèle, il s'agit donc d'insérer au plus vite les personnes en milieu ordinaire de travail, sans étapes préparatoires, puis d'assurer sur le long terme un réel soutien à l'emploi. Une des caractéristiques de cette approche est notamment le principe éthique d'exclusion zéro. Il n'y a aucune sélection préalable des personnes selon leurs troubles ou leur « employabilité ».

Les grands principes du modèle IPS sont :

- l'accès au dispositif n'est pas conditionné par la rémission complète des troubles, c'est le principe de «l'exclusion zéro» ;
- l'objectif d'insertion en milieu ordinaire de travail répond à l'exigence de prioriser l'inclusion sociale ;
- l'attention portée aux attentes et préférences de la personne en matière d'activité professionnelle traduit l'exigence de promouvoir l'autodétermination et le respect du projet de la personne ;
- l'accompagnement est personnalisé, adapté à la singularité de la personne, il est «sur mesure» et c'est alors à l'accompagnant de s'adapter aux besoins et envies de la personne ;
- l'accompagnement est continu, sans limitation dans la durée. Ceci atteste à nouveau d'une pratique adaptée au besoin de sécuriser le parcours professionnel de l'utilisateur.

Une méta-analyse portant sur le programme « d'intégration dans l'emploi avec accompagnement individualisé » établit un taux d'insertion moyen en milieu ordinaire d'environ 60% à l'issue d'un suivi de dix-huit mois en moyenne, alors qu'il n'est que de 24% avec d'autres méthodes d'accompagnement. Ces résultats placent le modèle IPS comme modèle de soutien à l'emploi normalisé, car reconnu comme efficace dans divers pays, avec notamment un plus grand nombre d'heures travaillées/semaine, des salaires plus élevés (Bond et al. 2008) (52).

De ce concept est né le qualificatif de « job coach » ou « conseiller en emploi spécialisé », qui est une personne assumant les différentes tâches comme l'aide à la recherche et à l'obtention d'un emploi, puis le soutien à la prise de poste, puis tout au long de l'activité professionnelle (54).

#### **2.4.2. Application concrète du modèle IPS avec l'association Messidor**

L'association Messidor (55) est spécialisée dans l'accompagnement vers l'emploi des personnes avec un handicap psychique depuis sa fondation en 1975 par Vincent Verry, qui a développé le modèle des ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) de transition, qui ont pour particularité d'inciter et de soutenir la transition .

Cette association s'est intéressée très tôt au modèle de l'emploi accompagné, afin de favoriser l'intégration des personnes vivant avec un handicap psychique dans le monde du travail ordinaire. L'association a débuté son expérimentation de l'emploi accompagné en 2012 en Haute-Savoie où elle était déjà implantée, puis en Haute-Loire et dans la Drôme.

L'association Messidor s'est appuyée sur le principe du «Place and Train» issu du modèle IPS, pour la mise en œuvre concrète de son dispositif.

Ces dispositifs d'emploi accompagné ont pour particularité d'accompagner les personnes en situation de handicap psychique, bénéficiaires ou non de la RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé).

Une étude évaluative de trois dispositifs expérimentaux d'emploi accompagné de l'association en région Auvergne-Rhône-Alpes a été réalisée (56). Cette étude rétrospective couvre une période de janvier 2015 à juin 2016. L'évaluation de la pratique de l'emploi accompagné comportait notamment la mesure de la performance de chacun des 3 dispositifs (Messidor 74, Messidor 42, Messidor 26) en terme d'intégration professionnelle.

Il apparaît dans cette étude (tableau 5) que le taux d'accès à l'emploi est d'environ 44% à 6 mois, de 61,5% à 12 mois, avec un délai moyen d'accès à l'emploi de 4 mois.

Les résultats sont également prometteurs en termes de maintien dans l'emploi avec un taux de maintien en emploi de 55% à 6 mois et 38% à 12 mois.

Dans la mesure où l'accompagnement au sein de ce dispositif est continu, il est également à souligner le taux d'accès à un second emploi après la perte du premier qui est de 57% dans un délai de 2,8 mois.

De manière générale, cette étude montre que lorsque le type du premier emploi est comparé à celui du dernier obtenu, le pourcentage d'emplois sporadiques et transitionnels diminue en faveur du pourcentage d'emplois compétitifs. Autrement dit, le fait de perdre son emploi n'est pas nécessairement un aspect négatif puisque les personnes peuvent améliorer leur situation socioprofessionnelle au fil du temps (57).

A ce titre, nous pouvons supposer que les personnes souffrant d'une maladie psychique pourraient occuper un premier emploi pour leur permettre soit d'entrer à nouveau sur le marché du travail, soit de se préparer à l'exercice d'une activité de travail en vue de choisir ultérieurement un emploi compétitif plus approprié à leurs envies ou besoins.

Tableau 5: Mesure de la performance des dispositifs Messidor (56)

Tableau récapitulatif des principales mesures de performance des 3 dispositifs d'emploi accompagné

|  |                     |
|--|---------------------|
| <b>Taux d'accès à l'emploi</b>                                     |                     |
| A 6 mois   | 44%                 |
| A 12 mois  | 61,5%               |
| Délai moyen d'accès à l'emploi (+Ecart type en mois)               | 4,2 mois (EC : 0,4) |
| <b>Taux de maintien en emploi (à 6 mois)</b>                       |                     |
| Taux de maintien en emploi (à 6 mois)                              | 55%                 |
| Taux de maintien en emploi (à 12 mois)                             | 38%                 |
| <b>Taux de perte du 1<sup>er</sup> emploi</b>                      |                     |
| Taux de perte du 1 <sup>er</sup> emploi                            | 74%                 |
| <b>Taux d'accès à un second emploi (après la perte du premier)</b> |                     |
| Taux d'accès à un second emploi (après la perte du premier)        | 57%                 |
| Délai moyen d'accès au second emploi                               | 2,8 mois            |

Tableau détaillé des mesures de la performance globale des 3 dispositifs d'emploi accompagné

|                                | Taux d'accès à l'emploi |     |        | Taux de maintien en emploi |    |        |
|--------------------------------|-------------------------|-----|--------|----------------------------|----|--------|
|                                | à                       | N   | Taux   | à                          | N  | Taux   |
| <b>Messidor</b><br>74, 26, 42. | 3 mois                  | 109 | 28,44% | 3 mois                     | 42 | 76,19% |
|                                | 6 mois                  | 109 | 44,03% | 6 mois                     | 42 | 54,76% |
|                                | 9 mois                  | 109 | 55,04% | 9 mois                     | 42 | 45,24% |
|                                | 12 mois                 | 109 | 61,47% | 12 mois                    | 34 | 38,23% |

|                                | Taux d'accès à un second emploi pour ceux qui ont perdu le premier |        |
|--------------------------------|--|--------|
| <b>Messidor</b><br>74, 26, 42. | Personnes accompagnées (entrées 01/01/2015 - 30/08/2016)           | 109    |
|                                | Personnes ayant trouvé un emploi (%)                               | 63,30% |
|                                | % perte du 1 <sup>er</sup> emploi                                  | 73,91% |
|                                | Taux d'accès à un 2 <sup>nd</sup> emploi                           | 56,86% |
|                                | Délai (mois)   | 2,78   |

### **3. Programme thérapeutique au CReSERC : Insertion professionnelle et handicap psychique**

#### **3.1. Le CReSERC**

Le Centre de Référence en Soins d'Education thérapeutique et de Remédiation Cognitive (CReSERC) (58) a été créé en janvier 2016 au sein du CHU de Nantes, sur le site de l'hôpital Saint-Jacques. Il s'agit d'un « centre intersectoriel, dispensant et coordonnant des soins psychiatriques ambulatoires spécifiques pour des personnes en situation de handicap psychique, dans le but de favoriser leur rétablissement et leur insertion dans la société ». L'ouverture du CReSERC fait suite à la volonté de centraliser et de développer les soins de remédiation cognitive (RC) et d'éducation thérapeutique du patient (ETP), dans un contexte où des programmes d'ETP s'étaient déployés sur les différents secteurs, indépendamment les uns des autres.

Le CReSERC s'adresse à tout patient souffrant d'une problématique en lien avec un trouble psychique source de handicap.

L'équipe du CReSERC est composée d'un médecin à temps partiel (0,5 *etp*<sup>1</sup>), de trois infirmiers (2,3 *etp*), de deux neuropsychologues (0,6 *etp*), ainsi que d'une secrétaire et d'un cadre de santé à temps partiels également.

L'équipe accueille depuis peu un interne en médecine du travail, et un interne de psychiatrie à mi-temps.

De nombreux professionnels des autres secteurs de psychiatrie du CHU de Nantes interviennent aussi dans la création, ou l'animation, des différents groupes thérapeutiques. Cet échange intersectoriel se retrouve également chez les patients, qui peuvent provenir de n'importe quel secteur, voire même d'autres départements.

##### **3.1.1. Principes des soins**

Les principes des soins du service sont :

- aucun critère d'exclusion : les voies d'adressages sont multiples, y compris l'accès direct sans courrier médical. A noter un accueil de pathologies complexes, rares, ou non étiquetées ; la situation de handicap psychique en est la seule condition - qu'elle soit prise en compte ou non par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

---

1 *etp* : équivalent temps plein

- des soins centrés sur le patient : les usagers sont présents systématiquement aux réunions de concertation, ou « bilans partagés » qui les concernent. Participation systématique des usagers à la construction de nouveaux outils de soin.
- des soins personnalisés, systématiquement proposés après une phase d'évaluation fonctionnelle préalable, utilisant des échelles validées, et proposés en réponse aux seules attentes et besoins du patient. Un bilan neuropsychologique est réalisé si nécessaire.
- des phases de soins sont proposées sur du court terme, avec une réévaluation systématique en individuel au terme de chaque phase de soin, afin de réajuster constamment la prise en charge aux objectifs du patient et à sa situation de handicap.
- des soins associant les familles : invitées aux concertations si le patient l'accepte, présentes dans tous les programmes d'éducation thérapeutique ; diffusion des programmes d'aide aux aidants (profamille, profamille bipolaires).
- des soins basés sur des preuves : le CReSERC propose uniquement des programmes de soins validés, dont l'efficacité a été montrée lors d'essais cliniques, réalisés par des professionnels formés spécifiquement à chacune de ces techniques.

### **3.1.2. Programmes d'éducation thérapeutique proposés**

Les différents programmes d'éducation thérapeutique proposés au CReSERC concernent :

- la pathologie schizophrénique avec un programme principal et différents modules tels que : premiers épisodes psychotiques, rétablissement, bien-être au quotidien, et le programme «profamille» destiné aux familles et aidants de patients souffrant de schizophrénie,
- la pathologie bipolaire avec un programme principal et le module bien-être au quotidien, les troubles anxieux,
- la maladie dépressive.

### **3.1.3. Groupes de remédiation cognitive**

Les différents groupes de remédiation cognitive sont :

- des programmes s'attachant à la cognition froide (mémoire, concentration, attention, contrôle cognitif)
  - NEAR qui propose une prise en charge globale des plaintes cognitives ;
  - RECOS qui propose de façon individuelle une prise en charge des troubles cognitifs pour les patients souffrant de schizophrénie ;

- CRT (Cognitive Remediation Therapy) est une technique individuelle de remédiation sur papier comportant 3 axes : flexibilité cognitive, mémoire et planification.
- des programmes destinés à améliorer la cognition sociale
  - TOM Remed qui propose une prise en charge spécifique des troubles de la théorie de l'esprit ;
- des programmes s'intéressant à la métacognition (penser sur sa propre pensée et ses cognitions)
  - EMC (Entraînement Méta-Cognitif) qui aide les patients avec une schizophrénie à prendre conscience des biais cognitifs en lien avec la maladie ;
  - PEP'S (Programme d'Emotions Positives pour Schizophrène) qui vise à augmenter le contrôle cognitif des émotions positives ;
- un programme de traitement intégratif de la schizophrénie IPT (thérapie psychologique intégrée) associant remédiation cognitive et entraînement des compétences sociales.

### **3.2. Genèse du groupe**

Le CReSERC centralise l'ensemble des demandes, de soins d'ETP ou de RC, adressées au CHU de Nantes.

Au fil du temps, un manque fut perçu dans l'offre proposée pour les patients, pour certains déjà avancés dans leur rétablissement, au sujet de l'insertion, ou de la réinsertion professionnelle. En effet, de nombreux patients faisaient part de leur intérêt, et de leur motivation, pour aller ou retourner vers l'emploi, duquel leur pathologie psychiatrique les avait temporairement, ou plus durablement, éloignés.

Il est apparu également aux soignants la nécessité centrale de transférer les améliorations du fonctionnement, rendues possibles par les soins de réhabilitation proposés au CReSERC, vers les projets de vie concrets des patients. Il manquait un « maillon », un « trait d'union » qui permettrait aux personnes de se projeter à nouveau, si tel était leur souhait, vers un projet de réinsertion.

Différents projets de programme en lien avec l'insertion professionnelle avaient débuté, mais n'avaient pas pu être réellement développés et menés à terme, par manque de temps ou de coordination entre services.

Mon arrivée en tant qu'interne de médecine du travail à temps plein sur le CReSERC, allait permettre de relancer un projet d'un tel programme au sein du centre, en lien avec les autres services de psychiatrie des secteurs 4 et 5 du CHU de Nantes.

Par ailleurs, l'offre de soins orientée vers le travail étant assez peu développée en Loire-Atlantique, la nécessité de créer ce programme nous a paru évidente.

### **3.3. Elaboration du programme d'éducation thérapeutique**

Le travail d'élaboration du programme est une collaboration intersectorielle, avec les services de psychiatrie 4 et 5 de l'hôpital Saint-Jacques. Le groupe de travail était composé de trois médecins, de cinq infirmiers, de trois assistants sociaux et de moi-même. Le livret d'information du programme proposé est visible en annexe 1.

La Haute Autorité de Santé a énoncé des recommandations (définition, finalités et organisation) pour l'éducation thérapeutique du patient (59). Elle en rappelle la finalité qui *est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie*, et notamment pour ce qui nous intéressait pour faciliter leur accès à l'emploi. Dans ce cas, une orientation spécifique est portée sur la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation. La HAS recommande dans la mise en œuvre de l'ETP une phase d'évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme.

Notre travail s'est construit en 4 étapes selon le schéma décrit par la HAS :

- le diagnostic éducatif est posé dès le départ par la demande reçue par le CReSERC et le constat général des difficultés rencontrées par les personnes handicapées psychiques pour accéder à l'emploi,
- la définition du contenu du programme s'appuyant sur un référentiel de compétences visées,
- la planification et l'organisation des séances avec le choix des intervenants
- l'évaluation du programme à travers les réponses d'un questionnaire soumis aux usagers. (cf partie 4, étude STEPPE)

Notre réflexion sur les compétences que nous souhaitions voir acquises par les patients au terme de leur participation à ce programme nous a conduit à distinguer deux types de compétences différentes :

- des compétences d'adaptation personnelle : savoir s'autoévaluer, pour connaître ses forces et freins, pour aller vers l'emploi,

- des compétences sur la connaissance de l'environnement : connaître des structures extérieures spécialisées dans l'accompagnement vers l'emploi.

Nous avons alors décidé de scinder ce programme en deux modules, le premier plus théorique et le second plus concret ; et notre équipe de travail s'est ainsi divisée en deux sous-groupes.

### 3.3.1. Elaboration du module 1

- Le référentiel de compétences

|  |
|--|
| <p>1. Connaître le milieu professionnel, avec comme objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- faire émerger leurs représentations du milieu de travail</li> <li>- connaître les différents milieux professionnels, en partant de leur expérience</li> <li>- identifier les contraintes</li> </ul> |
| <p>2. S'autoévaluer, avec comme objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- connaître ses ressources et ses limites (que ce soit anciennement dans un travail ou dans leur cadre de vie)</li> </ul>  |
| <p>3. Formuler le parcours professionnel, avec comme objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identifier les compétences à développer / qui serait un objectif de transition entre les compétences 2 et 3</li> <li>- repérer l'étape suivante</li> </ul>   |

- Le calendrier des séances

Au vu du référentiel de compétences, nous avons défini que quatre séances seraient nécessaires.

Une première séance, permettant de réaliser le « diagnostic éducatif collectif » du groupe et les trois séances suivantes, pour aborder chacune des trois compétences choisies. Le rythme des séances serait hebdomadaire, sauf entre la séance trois et la séance quatre, où nous souhaitons laisser un moment libre pour permettre aux participants de débiter un point de réflexion sur leurs objectifs personnels.

Nous avons également fixé la date du début du programme.

Ainsi, notre calendrier de la 1<sup>ère</sup> session du programme était : première séance le 16/03/2018, deuxième séance le 23/03/2018, troisième séance le 30/03/2018 et quatrième séance le 13/04/2018.

Les dates de la 2<sup>e</sup> session du programme étaient : première séance le 07/09/2018, deuxième séance le 14/09/2018, troisième séance le 21/09/2018 et quatrième séance le 28/09/2018.

- L'organisation des séances

Chaque séance est animée par deux soignants, avec un ou deux observateurs, dont un prenant en notes le contenu de la séance.

Les séances auront une durée de deux heures.

Nous avons ensuite élaboré la trame de chaque séance, en nous inspirant des outils et usages en ETP ; entre autres nous avons choisi de débiter chaque séance avec un brise-glace, et de finir chaque séance avec un rituel de fin.

### ***Entre le module 1 et le module 2***

Le but du module 1 était de permettre au patient de réfléchir à son envie de travailler, à ses représentations du monde du travail et ainsi de faire le point sur son envie d'aller ou de retourner vers le monde du travail.

C'est pourquoi, avant de débiter le module 2, où nous rencontrerions des structures extérieures spécialisées dans l'accompagnement dans l'emploi, nous avons souhaité réaliser des bilans de mi-programme.

Ces bilans ont été proposés à chaque participant de façon individuelle. Ils avaient une durée d'une heure environ, et avaient pour but de faire un point personnel sur leurs réflexions à propos du monde du travail, sur leurs motivations et envies à poursuivre le programme, ainsi que sur leurs attentes pour le module 2.

### **3.3.2. Elaboration du module 2**

- Le référentiel de compétences

1. Connaître différentes structures d'aides à l'insertion professionnelle, avec comme objectifs :

- rencontre Passerelle pour l'emploi
- rencontre Tourmaline
- rencontre SEAP (Service d'Evaluation et d'Accompagnement vers l'Emploi)

2. Acquérir les habiletés sociales nécessaires à l'accès et au maintien à

|   |
|---|
| <p>l'emploi, avec comme objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rédaction du CV, de la lettre de motivation</li> <li>- jeux de rôle (entretien d'embauche, pause-café, présentation au café, 1<sup>er</sup> contact avec entreprise par exemple)</li> </ul>  |
| <p>3. Connaître les ressources disponibles pour gérer ma fragilité dans un milieu professionnel, avec comme objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecine du travail</li> <li>- gestion de ma fragilité au travail (prise médicamenteuse, ...)</li> </ul> |

- Le calendrier des séances

Nous avons établi que cinq séances seraient suffisantes, une première séance pour établir le diagnostic éducatif collectif puis trois séances pour rencontrer à chaque séance une structure extérieure puis une dernière séance pour faire le bilan du programme.

Ainsi, notre calendrier de séance pour la 1<sup>ère</sup> session du programme était : première séance le 18/05/2018, deuxième le 25/05/2018, troisième le 08/06/2018, quatrième le 22/06/2018 et cinquième le 29/06/2018.

Les dates de la 2<sup>e</sup> session du programme étaient : première séance le 12/10/2018, deuxième le 19/10/2018, troisième le 26/10/2018, quatrième le 09/11/2018 et cinquième le 16/11/2018.

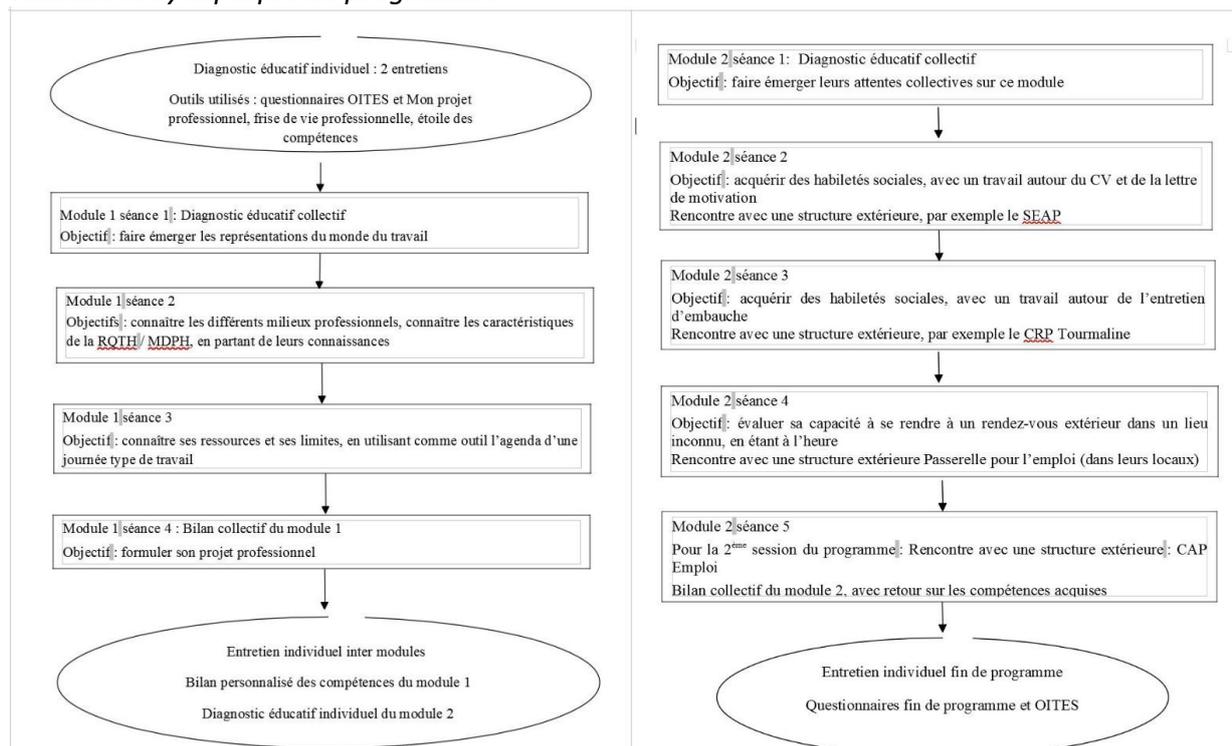
- L'organisation des séances

Comme pour le module 1, nous avons fixé à deux le nombre d'animateurs par séance, avec un ou deux observateurs, dont un prenant des notes. .

Les séances auront également une durée de deux heures.

Les deux modules du programme sont représentés schématiquement dans le tableau 6.

Tableau 6: Synoptique du programme



- Les structures extérieures

Nous souhaitons présenter aux patients un large panel de structures existantes dans le retour et dans l'accompagnement dans l'emploi. Malheureusement, le nombre limité de séances ne nous permettait pas de rencontrer toutes les structures existantes. C'est donc naturellement que nous nous sommes orientés dans cette première version du programme, vers des structures avec lesquelles nous avons déjà l'habitude de collaborer.

Notre choix s'est donc porté sur le centre de réadaptation professionnelle de la Tourmaline (60) ; sur le service Passerelle pour l'emploi proposé par l'association ADAPEI 44 (Association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées mentales) (61) ; le SEAP (62) qui sont des dispositifs d'accompagnement vers l'emploi pour les personnes handicapées ; et le service CAP Emploi (63). Il est à noter que, pour bénéficier de l'offre de ces différentes structures, les personnes doivent avoir obtenu une notification spécifique délivrée par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées).

### ***Le centre de réadaptation professionnelle de La Tourmaline***

Le centre de réadaptation professionnelle (CRP) « La Tourmaline » (60) prend en charge des travailleurs reconnus en situation de handicap pour les accompagner dans leur insertion ou leur réinsertion dans l'emploi.

Il propose une pré orientation pour définir un projet professionnel, une préparatoire générale en vue d'un projet de formation qualifiante ou d'emploi et une qualification professionnelle validée par un titre du Ministère du Travail.

Pour bénéficier de cet accompagnement, les personnes doivent avoir une orientation « CRP Tourmaline » de la MDPH.

### ***Le Service d'Evaluation et d'Accompagnement Professionnel***

Le SEAP (62) accueille des adultes stabilisés, souffrant de troubles psychiques, psychologiques ou relationnels désireuses de se réinsérer professionnellement dans la vie active, ayant ou non une RQTH. L'accompagnement est effectué par une équipe pluridisciplinaire (médecin psychiatre, infirmiers, conseiller en insertion professionnelle, moniteur d'atelier, etc.). Un des critères d'admission est l'autonomie dans les transports et le logement.

Pour accéder à ce service, il n'est pas nécessaire d'avoir une orientation préalable de la MDPH. Des informations collectives mensuelles permettent à l'usager de prendre contact et de découvrir la structure.

Le service propose des mises en situations professionnelles afin d'évaluer les capacités de la personne à réintégrer le monde du travail. Ces stages dits de « dynamisation » au sein d'entreprises partenaires (du milieu ordinaire ou adapté) se déroulent de façon progressive pour l'usager, qui peut débiter par une journée de travail par semaine puis aller vers quatre jours et demi par semaine quand il se sent prêt. Ces stages ont une durée allant de quinze jours à deux mois et demi.

Ces mises en situations professionnelles ont pour but principalement : être en interaction avec l'autre afin de favoriser la communication et réduire l'isolement ; respecter à nouveau un cadre professionnel ; identifier des freins à l'emploi et contraintes potentiels ; évaluer les capacités cognitives de la personne, identifier au mieux une orientation professionnelle.

Ensuite, la personne sera accompagnée par un conseiller en insertion professionnelle pour sa recherche d'emploi et/ou de formation professionnelle.

### ***Le service Passerelle pour l'emploi et l'emploi accompagné***

Services proposés par l'ADAPEI 44 (61), qui est l'association départementale des amis et parents de personnes handicapées.

Le service Passerelle pour l'emploi accompagne vers et dans l'emploi en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap : handicap mental, psychique, personnes présentant des troubles autistiques, troubles « dys » (64).

Il est composé de 3 services :

- l'ESAT hors les murs,
- le SAVS (Service d'Accompagnement Social vers l'Emploi),
- et le dispositif DIAPSAH (Dispositif d'Appui Professionnel et Social des Apprentis handicapés).

Le service Passerelle pour l'emploi propose un double accompagnement professionnel (64) :

- un accompagnement aux personnes en situation de handicap : définition d'un projet professionnel, préparation à l'emploi, mise à disposition en entreprise, soutien à l'intégration et à la prise en main du poste de travail, coordination avec les centres de formation et suivi après embauche.
- un accompagnement pour l'entreprise : sensibilisation au handicap, soutien à l'intégration ; mise à disposition : contrat souple et progressif, aide à l'organisation du poste de travail, sécurisation du parcours par des rencontres régulières, suivi après embauche et prestations ponctuelles spécifiques.

Il est à noter que pour bénéficier de l'offre de ce service, les personnes doivent avoir une orientation «ESAT» de la part de la MDPH.

L'emploi accompagné est un dispositif d'accompagnement durable et sur-mesure, introduit en 2016 dans le cadre de la loi sur la modernisation du dialogue social (53) et financé par le FIPHFP (Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique) , l'AGEFIPH (L'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées) et l'ARS (Agence Régionale de Santé) des Pays de la Loire.

Le dispositif « Emploi Accompagné : Handi'Coach » (65) est porté en Loire-Atlantique par le GIRPEH (Groupements interprofessionnels régionaux pour la promotion de l'emploi des personnes handicapées ) Pays de la Loire et l'ADAPEI Loire-Atlantique.

L'emploi accompagné s'adresse aux personnes en situation de handicap ayant besoin d'un accompagnement tout au long de la vie dans l'entreprise pour favoriser leur intégration autant que leur épanouissement.

Les « job coachs » sont au cœur de ce dispositif, ils sont des personnes ressources, expérimentées et engagées. Ils conseillent notamment la personne en situation de handicap

dans ses habitudes professionnelles, ses choix ou ses démarches, et les employeurs dans leurs initiatives d'intégration de la différence (aménagement de l'univers de travail, tutorats, bonne pratique, etc.).

Pour accéder à ce service, les personnes doivent bénéficier d'une orientation « emploi accompagné » de la part de la MDPH.

### ***CAP Emploi***

Le CAP Emploi (63) est un réseau national, présent sur tout le territoire, spécialisé dans la relation handicap et emploi. Cap Emploi accueille toutes personnes en situation de handicap, ayant une RQTH, quelque soit la nature du handicap, souhaitant travailler en milieu ordinaire.

Il comprend 3 services :

- le service Accompagnement, qui conseille l'évolution ou la transition professionnelle, qui aide la recherche d'emploi et qui effectue le suivi de l'intégration à l'emploi,
- le service Maintien dans l'emploi, qui est un soutien pour les personnes déjà en emploi qui ont des difficultés qui mettraient en péril leur contrat,
- le service Recrutement, chargé de l'information et de la sensibilisation au handicap dans les entreprises.

Il est à noter que seulement 30% des personnes en situation de handicap sont accompagnées par ce service, les 70% restant étant suivis par Pôle Emploi.

Pour accéder à ce service, les personnes doivent donc être bénéficiaire d'une RQTH, et avoir une notification «milieu ordinaire» de la MDPH.

## **4. Etude clinique STEPPE**

### **4.1. Objectifs de l'étude**

L'étude STEPPE (SentimenT d'Efficacité Professionnelle et handicap PsychiquE) a pour objectif d'évaluer le programme d'éducation thérapeutique mis en place afin de pouvoir en permanence l'améliorer. L'amélioration, ainsi que l'adaptation aux participants sont deux principes majeurs de l'éducation thérapeutique.

Un extrait de la fiche du projet de recherche STEPPE est présenté en annexe 2.

Le but principal de l'étude STEPPE est donc d'évaluer l'efficacité de notre programme.

Le programme d'éducation thérapeutique sera considéré comme efficace, s'il a permis à l'utilisateur :

- de réduire sa perception de difficulté ou d'obstacle face à certains éléments<sup>2</sup>, par exemple sa santé, son manque de formation, sa difficulté à travailler avec les autres, etc,
- et/ou d'augmenter son sentiment de capacité à surmonter la difficulté perçue de certains éléments.

Nous avons défini comme objectif secondaire de placer notre programme au plus proche des attentes de nos participants en abordant des points identifiés, reconnus par eux comme obstacles à l'accès à l'emploi.

Pour cette étude, nous avons employé comme outil le questionnaire OITES.

## **4.2. Evaluation avec le questionnaire OITES**

Le questionnaire OITES (66) (Obstacles à l'Insertion au Travail et sentiment d'Efficacité pour les Surmonter) qui est présenté en annexe, est un outil proposé par l'IRSST, qui est l'Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité du Travail (67), implanté au Québec depuis 1980.

Cet outil a été créé en 2004 par le professeur Marc Corbière et al. (66) qui a dégagé plusieurs obstacles potentiels à l'insertion au travail de jeunes souffrant de premiers épisodes psychotiques. A la suite d'OITES, un nouvel outil a été développé pour les personnes présentant un trouble mental courant ou un trouble musculosquelettique (ORTESES) (68) en position de congé de maladie et avant un retour au poste de travail.

Dans le questionnaire OITES, les auteurs font référence à différents types de variables : sociodémographiques, cognitives, cliniques et psychosociales.

L'évaluation des obstacles perçus à l'insertion au travail peuvent, a posteriori, aider le conseiller en emploi et les personnes à développer des stratégies pour composer avec ces obstacles.

Le questionnaire vise à la fois l'évaluation systématique d'obstacles possibles à l'insertion au travail des personnes souffrant d'une maladie mentale, ainsi que l'évaluation de leur sentiment d'efficacité pour y faire face.

<sup>2</sup> 56 différents items sont proposés dans le questionnaire OITES

## Présentation du questionnaire OITES (57)

Pour chacun des 56 items présentés dans le questionnaire (voir annexe 3) la personne devra répondre à la question A :

« Dans votre situation actuelle, cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ? »

sur une échelle de 1 (ce n'est pas un obstacle) à 7 (c'est un gros obstacle),

Si la personne répond une valeur supérieure à 1 à cette première question, elle est invitée à répondre à la question B:

« Jusqu'à quel point, vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ? »

sur une échelle de 1 (pas du tout capable) à 7 (tout à fait capable).

L'OITES est un questionnaire conçu pour une utilisation unique lors d'un entretien individuel, dans le but de percevoir les obstacles qu'une personne pourrait rencontrer pour retourner ou aller vers l'emploi. Le Pr Corbière décrit alors une utilisation qualitative unique.

Comme ce questionnaire nous a semblé très pertinent pour notre population, nous l'avons choisi, mais en ayant l'idée de l'utiliser deux fois, une fois avant le programme et une fois après.

Tableau 7: Extrait du questionnaire OITES (items 8,9 et 10)

| A   |                             |   |   |   |   |   | B                         |   |                        |   |   |   |   |   |                         |
|---|-----------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|---|------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------|
| Question A) Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ?      | 1- Ce n'est pas un obstacle | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7- C'est un gros obstacle | Question B) Si l'item à la question A représente, dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (>1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ? | 1- pas du tout capable | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 - tout à fait capable |
| 8. Le manque de scolarisation ou de formation.  | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>le manque d'éducation ou de formation?</b>  | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 9. La perte d'allocations ou de soutien financier si vous obteniez un emploi.   | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>la perte d'allocations ou de soutien financier si vous obteniez un emploi?</b>  | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 10. Les autres trouvent vos projets professionnels irréalistes (ex. les gens pensent que vous n'avez pas les compétences) | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>les autres trouvent vos projets</b>   | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |

## 4.3. Bilan de l'étude STEPPE

### 4.3.1. Déroulement et conditions de l'étude

L'étude a débuté en janvier 2018 avec une première inclusion de 8 participants. Une deuxième inclusion au cours de l'été 2018 nous a permis d'analyser les réponses de 9 autres participants. Au total, notre étude a porté sur 17 sujets, dont la répartition en âge et sexe est donnée sur la figure suivante. Les durées depuis le dernier emploi s'étalaient de 6 mois à plus de 10 ans pour les 15 participants ayant déjà travaillé. Le détail des données démographiques est reporté en annexe 5.

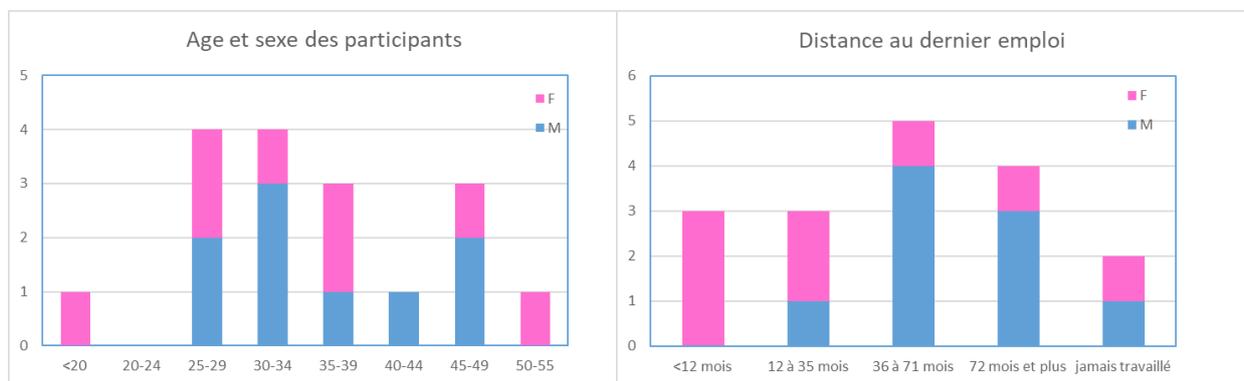


Figure 1: Répartition des participants de l'étude selon leur âge et leur sexe

Figure 2: Répartition des participants selon la durée depuis leur dernier emploi

Lorsque les participants au programme passaient l'OITES final, il n'y avait pas de rappel des valeurs entourées lors de l'OITES initial.

Trois participants ont effectué l'OITES avant le programme d'éducation thérapeutique, mais ne sont pas allés au bout du programme ; nous n'avons donc pas pu analyser leurs données.

La majorité des participants ont rempli sans aide la totalité du questionnaire. Certains ont fait appel à nous afin de clarifier quelques items ; notre aide à consister à reformuler les items qu'ils ne comprenaient pas.

Nous n'avons pas laissé aux participants de temps fixe pour remplir le questionnaire ; certains ont pu répondre à toutes les questions en quinze minutes, d'autres en trente.

Tous les patients du programme ont signé un consentement écrit pour leur participation et l'analyse de leur données. Ce consentement a été recueilli lors du premier entretien individuel.

Une analyse quantitative de ce questionnaire n'est pas validé scientifiquement, donc nous n'avons pu l'exploiter de cette façon. Pour nous permettre une exploitation de ce questionnaire, nous avons travaillé en lien avec deux internes de santé publique sur une approche qualitative.

Une fois notre outil d'évaluation sélectionné, nous avons ciblé notre étude sur les deux objectifs d'analyse :

- l'efficacité du programme, c'est à dire :
  - le programme permet l'amélioration de la perception d'un obstacle, ce qui se traduit sur l'OITES par une diminution de la valeur numérique entourée à la question A,
  - et/ou l'amélioration du sentiment d'efficacité à surmonter un obstacle, ce qui se traduit sur l'OITES par une augmentation de la valeur numérique entourée à la question B.
- l'adaptation du programme aux attentes des participants

L'évaluation de l'efficacité a été faite sur les 56 items du questionnaire. Le 57<sup>e</sup> item est une question libre, où chaque participant pouvait écrire lui même un obstacle ressenti non mentionné au préalable. Aucun des participants n'ayant rempli cet item, nous ne l'avons donc pas analysé.

Pour répondre à notre objectif secondaire sur l'ajustement de notre programme aux attentes de nos participants, nous nous sommes intéressés aux trente items sélectionnés par le Pr Corbière et son équipe, comme étant les items les plus pertinents.

Ces trente items ont été classés par les auteurs en cinq dimensions permettant leur analyse.

- 1) La dimension "auto-compétences / confiance en soi" regroupe les items numéro 5, 13, 15, 17, 19, 23, 24, 29 et 40.
- 2) La dimension "facteurs externes" regroupe les items numéro 16, 18, 22, 32 et 33.
- 3) La dimension "anxiété / amotivation" regroupe les items numéro 3, 4, 6, 26 et 30.
- 4) La dimension "santé" regroupe les items numéro 7, 11, 20, 28, 35 et 37.
- 5) La dimension "adaptation au travail" regroupe les items numéro 25, 27, 38, 42 et 43.

Notre idée était de voir si l'une des dimensions représentait une source d'obstacles plus importante que les autres, afin de ré-axer notre programme sur cette dimension là. Pour cela, nous avons réalisé une moyenne des valeurs de réponse à la question A par dimension avant le début du programme.

### 4.3.2. Résultats

Une présentation développée des résultats du questionnaire OITES est donnée en annexe 4. Les réponses des 17 participants aux questions A conduisent à une perception globale moyenne sur tous les items d'un niveau d'obstacle de 2,8 (avant le programme) et 2,6 (après le programme) sur l'échelle de 1 à 7. On notera que 7 items sont évalués avec un niveau d'obstacle moyen inférieur à 2, et que les 11 items les plus fortement ressentis comme des obstacles ont une valeur moyenne comprise entre 3,5 et 4,1.

La question B a permis aux participants d'évaluer leur sentiment de capacité à surmonter les obstacles. La réponse moyenne pour l'ensemble des participants et des items est de 4,1 sur l'échelle de 1 (pas du tout capable) à 7 (tout à fait capable), sans variation globale après le suivi du programme. On notera que pour 9 items, les participants se sentent capables avec un indicateur relativement fort compris entre 4,6 et 5,3, et que pour 3 items la capacité à surmonter l'obstacle est relativement faible avec une moyenne comprise entre 2,2 et 3,0.

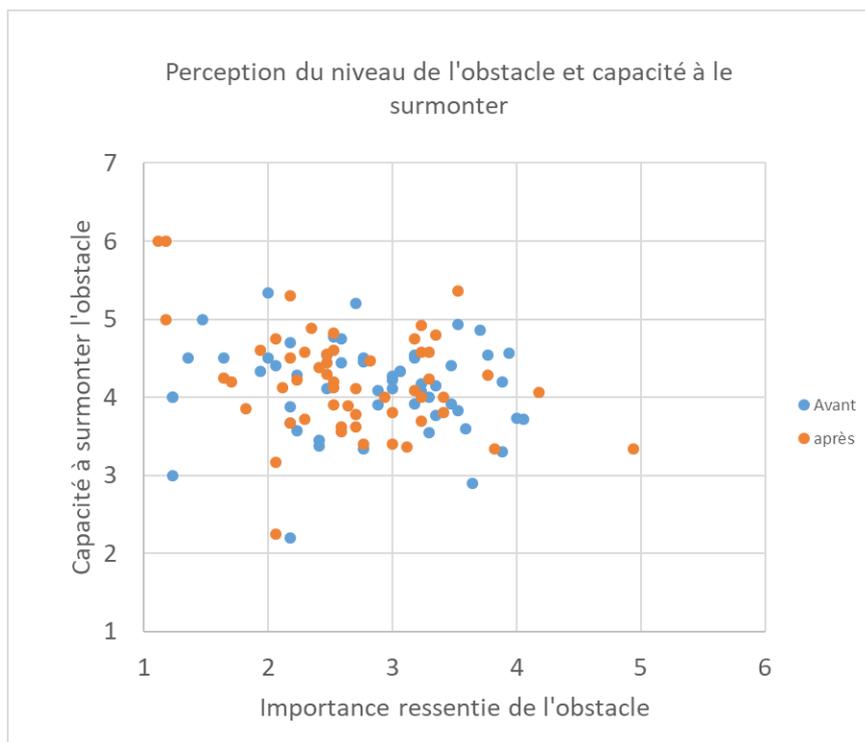


Figure 3: Corrélations entre perception du niveau de l'obstacle (question A) et capacité à le surmonter (question B)

L'étude conjointe des réponses aux questions A et B permet d'identifier les corrélations pouvant exister pour chacun des 56 items entre l'importance de l'obstacle mesurée par la moyenne pour tous les participants de la valeur de A, et le sentiment de capacité à surmonter

l'obstacle mesuré par la moyenne de la valeur de B. La représentation des données sur la figure 3 ne révèle pas de corrélation flagrante entre niveau d'obstacle perçue et capacité à le surmonter. Les obstacles considérés comme les plus importants ne sont pas pour autant ceux que les participants se sentent le moins capables à surmonter.

### ***Efficacité du programme (perception des obstacles - question A)***

Pour 22 items de l'outil OITES, il y a en moyenne pour l'ensemble des participants une diminution de la valeur à la question A d'au moins 0,3.

Les trois items 6, 55, 26 apparaissent avec la plus forte diminution dans la perception d'obstacle après le programme.

item 6 (-1,3) L'indécision face aux différents choix possibles d'emploi.

item 55 (-1,0) Un taux de roulement élevé du personnel dans votre futur emploi.

item 26 (-0,9) Le manque de flexibilité de l'employeur.

A l'opposé, le sentiment d'obstacle a augmenté le plus à la fin du programme pour les items 47 et 18.

item 47 (+0,9) *Travailler de façon autonome.*

item 18 (+0,8) *Les préjugés des employeurs pour engager une personne avec des problèmes de santé mentale.*

### ***Efficacité du programme (capacité à surmonter les obstacles - question B)***

Pour 6 items l'indicateur de capacité à surmonter l'obstacle augmente de + 1,0 à 3,0. C'est pour l'item 41 (*Se présenter correctement au travail*) que le gain de capacité est le plus important.

A l'opposé, le programme a diminué le sentiment de capacité à surmonter l'obstacle pour 3 items dont la valeur moyenne pour tous les participants à la question B baisse de -1,0 à -1,5.

### ***Ajustement du programme aux attentes***

Nous retrouvons une importance équivalente des cinq dimensions. Les moyennes, sur une échelle de 1 (pas d'obstacle) à 7 (gros obstacle), sont :

- 2,8 pour la dimension « auto compétences et confiance en soi », avec un écart type de 1,8

- 3,0 pour la dimension « facteurs externes », avec un écart type de 2,0

- 3,1 pour la dimension « anxiété / amotivation », avec un écart type de 2,0

- 2,8 pour la dimension « santé », avec un écart type de 2,1

- 3,1 pour la dimension « adaptation au travail », avec un écart type de 1,8.

### 4.3.3. Discussion

Les résultats de cette étude mériteraient d'être discutés au regard d'actions similaires dont les évaluations seraient publiées.

Pachoud et Corbière (69) ont relevé qu'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 demeurent modestes, du moins au sortir immédiat de ces prestations.

On mentionnera le programme d'éducation thérapeutique chez le patient vivant avec des troubles psychiatriques conduit dans le cadre de l'AP-HM de 2014 à 2017, mais terminé à ce jour (70).

La discussion de nos résultats doit être conduite sans oublier ses limites, à savoir : répondants pouvant être aidés, temps de réponse non fixé, non-validation scientifique pour une exploitation quantitative du questionnaire OITES. L'échantillon limité de 17 participants ne peut être considéré comme statistiquement représentatif.

Avec une parfaite connaissance de ses limites, notre étude doit donc être considérée comme indicative sur un plan qualitatif.

Une présentation synthétique de l'évolution (après vs avant le programme) des valeurs moyennes de mesure de la perception d'obstacle pour l'ensemble des participants est donnée pour chacune des cinq dimensions dans la figure 4 suivante. Sur cette figure, l'efficacité du programme doit apparaître par un rapprochement des points du centre (sentiment d'obstacle diminué).

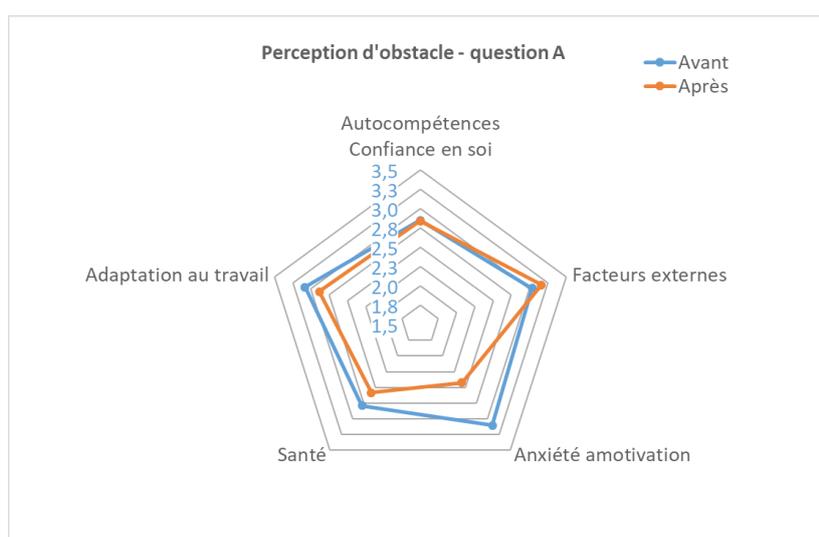


Figure 4: Perception d'obstacles avant et après le programme

De manière similaire, nous rapportons dans la figure 5 suivante, pour chacun des cinq domaines, l'évolution du sentiment à surmonter les obstacles. Sur cette représentation, l'efficacité du programme doit apparaître par un éloignement des points du centre (capacité à surmonter l'obstacle augmentée).

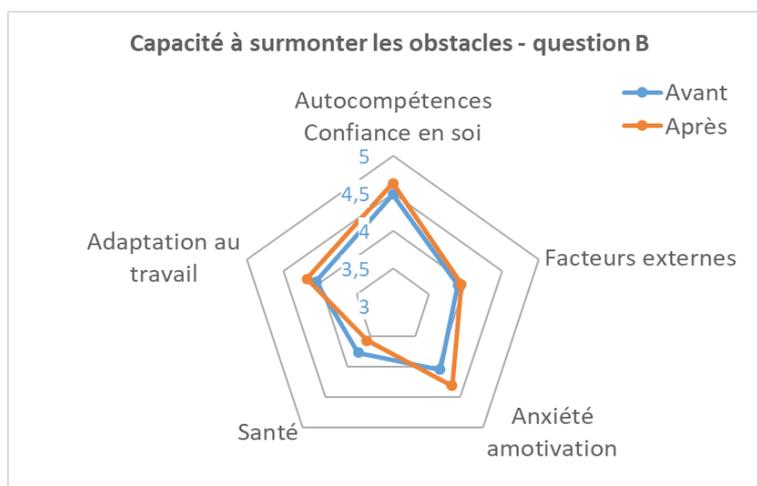


Figure 5: Sentiment de capacité à surmonter les obstacles avant et après le programme

L'analyse de nos résultats montre que le programme a été efficace en améliorant la perception de 22 obstacles sur les 56 (soit 2/5 des obstacles). Ces items « améliorés » par le suivi du programme appartiennent essentiellement aux dimensions « anxiété / amotivation » et « adaptation au travail ».

Pour la dimension « anxiété / amotivation », on peut penser que les participants ont travaillé pour vaincre leur anxiété afin de venir en séance de façon hebdomadaire, et que l'effet bénéfique du groupe les a motivés. Il est à noter que l'item 6 (*L'indécision face aux différents choix possibles d'emploi*) qui était parmi les plus fortement ressentis comme obstacle (valeur avant 3,8) montre la plus forte amélioration de perception (-1,3) après le programme. La mise en relief de cette dimension dans notre programme peut être vue comme une réponse au point de vigilance qu'énonçait le document de recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm (71) en disant que « même si des difficultés psychiques entravent l'accès à l'emploi, celles-ci peuvent être en partie compensées par la motivation de la personne qui doit donc être largement prise en compte dans la phase d'évaluation ».

Les items relatifs à la dimension « santé » montre que le programme a permis aux participants de relativiser l'obstacle des difficultés liées à leur santé (indice question A réduit de -0,2). En

revanche, à l'issue du programme, les participants ressortent avec un sentiment plus faible d'être capables de surmonter les difficultés liées à leur santé (indice question B réduit de - 0,2). On pourrait comprendre que la santé des participants reste toujours un point d'interrogation majeur et un obstacle irréductible pour les usagers dans leur insertion au travail.

Beaucoup de participants nous disaient avant de débiter le programme combien ils ignoraient tout du travail, n'ayant jamais eu, ou très peu, d'expériences professionnelles. On peut alors penser que leur vision pouvait par moment être éloignée de la réalité. Le programme leur a permis une prise de conscience avec des résultats contrastés selon les items dans la perception des obstacles et dans le sentiment d'être capables de les surmonter. Nous retiendrons l'efficacité à ce jour la plus marquante du programme sur la dimension « anxiété / amotivation ». Le suivi du programme a réduit sans conteste la perception d'obstacles dans ce domaine tout en renforçant le sentiment de capacité à surmonter ces obstacles.

Concernant notre objectif secondaire d'évaluer la bonne adaptation du programme aux besoins des participants, nous nous intéressons aux valeurs moyennes de chacune des cinq dimensions.

Les difficultés et obstacles regroupés dans ces dimensions apparaissent globalement d'importance similaire aux participants, à travers les valeurs moyennes des questions A du questionnaire.

L'étude montre que seuls 7 items répartis sur les cinq domaines sont évalués avec un niveau d'obstacle moyen inférieur à 2. Il n'en demeure pas moins le sentiment d'avoir une capacité limitée à surmonter ces obstacles.

Nous en retenons pour l'élaboration et la conduite du programme, qu'il n'y a pas de domaines inutilement abordés par le programme et qu'il convient effectivement que ses cinq dimensions soient traitées, en termes de temps et de contenu, de façon équivalente, pour apporter une aide optimale aux usagers.

### ***Vignette clinique***

Afin d'illustrer les apports de ce programme d'éducation thérapeutique, nous-proposons de nous intéresser à Mme S, participante de la première session du programme. Mme S. a 30 ans, elle a été diagnostiquée «bipolaire de type 1» en 2018.

Dans ses antécédents, nous notons deux bouffées délirantes aiguës en 2011 et 2017, avec trois hospitalisations, dont la dernière remonte à mai 2017. Au moment du programme, Mme S. est très suivie par les équipes de l'hôpital de jour pour jeunes adultes HOPE, et au CReSERC.

Au niveau professionnel, elle a un niveau bac littérature. Elle a travaillé quelques mois comme hôtesse de caisse dans une librairie parisienne et a eu quelques expériences dans le bénévolat. Sa dernière expérience professionnelle date d'il y a deux ans, comme vendeuse dans le prêt à porter.

Avant sa participation au programme, Mme S. avait pour objectif de se « *poser les bonnes questions sur les valeurs qui étaient indispensables pour [elle] dans le travail, de prendre vraiment en compte [ses] besoins* ». <sup>3</sup>Mme S avait aussi la volonté de croire à nouveau en un « *avenir plus doux et bienveillant au travail* ». Elle souhaitait « *prendre conscience de [ses] points forts et [ses] points faibles, faire le point sur ce qu'[elle voulait] et ce qu'[elle ne voulait] plus dans un futur professionnel* ».

Son attente vis à vis du programme était « *essentiellement d'avoir un projet, ou tout du moins des pistes professionnelles sérieuses à explorer après la fin du programme ou après [sa] période de soins* ». Mme S nous a également parlé de son envie de connaître les structures spécialisées dans l'accompagnement vers l'emploi « *car quand on ne participe pas à ce programme, on n'a pas conscience des aides possibles, des personnes sensibilisées au handicap qui sont prêtes à nous aider* ».

Mme S. déclare que le questionnaire OITES lui a « *permis de prendre conscience de certains obstacles, dont [elle n'avait] pas pris conscience initialement, ça détaille beaucoup les points à améliorer que l'on peut avoir* ».

Son vécu tout au long des séances a été bon : « *[elle a] vraiment aimé que ce soit basé sur des outils ludiques, les exercices en petit ou grand groupe, et les échanges avec les autres participants* ».

Mme S. fait un bilan très positif de sa participation : « *[Sa] participation au programme [lui] a vraiment apporté beaucoup de soutien, grâce à vos paroles bienveillantes, qui [lui] font vraiment croire aujourd'hui que [elle peut] dire « non » à une mauvaise communication non bienveillante professionnelle (...) Ca [lui a] redonné beaucoup d'espoir. [Elle] garde un*

---

3 Entretien privé avec Mme S. retranscrit

*super souvenir du groupe, c'était très riche qu'on soit tous différents et mélangés. Ce programme représente vraiment un acquis pour [elle], très adapté à [ses] besoins et valeurs. »*

Mme S. nous rapporte que le programme lui avait également permis de mûrir sur son projet professionnel, qu'elle s'était rendu compte qu'elle aimait « *donner de [son] temps pour [sa] recherche sur [elle]-même, sur la bipolarité et aussi pour aider d'autres personnes* ». Cette envie l'a amenée à rencontrer la médiatrice de santé pair (MSP) du CReSERC, et leur rencontre a abouti à la concrétisation de l'envie de devenir MSP.

*« J'ai eu 2 opportunités récentes de formation : la formation 40 heures ETP que je viens de finir, et une formation sur l'introduction à la Communication Non Violente (CNV). Et tout cela va dans le sens de mon souhait professionnel. J'espère maintenant rentrer dans une formation de MSP. Ça a beaucoup de sens pour moi de faire cette formation, car c'est basé sur mon trouble et je trouve cela très rigolo de devoir avoir ce trouble pour pouvoir accéder à cette formation, puis à ce métier. »*

## **5. Conclusion**

La prévalence actuelle de personnes souffrant de handicap psychique est très importante dans notre société. Un français sur quatre souffre ou souffrira un jour d'une pathologie psychiatrique. Grâce au concept de rétablissement, il est dorénavant établi qu'une personne n'a pas besoin d'être « guérie » pour retourner à une vie en société. L'absence de symptômes n'est plus indispensable pour se sentir rétabli. Le fait d'avoir un emploi est souvent le signe de rétablissement très puissant, renvoyé à l'entourage et à la société. Un grand nombre de personnes souffrant de handicap psychique souhaiteraient avoir un emploi, mais comme on l'a vu dans cette thèse leur taux de chômage est supérieur à celui de la population générale, et ils ont plus de difficultés à garder un emploi.

Par le programme d'éducation thérapeutique « Handicap psychique et réinsertion professionnelle », nous avons eu le souhait de travailler à lever les obstacles ressentis par les participants pour aller ou retourner vers le monde professionnel.

Grâce à notre étude STEPPE, nous avons pu constater que notre programme faisait évoluer les scores positivement sur 2/5 des obstacles listés dans le questionnaire OITES. Nous pouvons en déduire également, avec notre objectif secondaire que le contenu de notre programme correspondait aux attentes des participants.

Le travail présenté dans cette thèse permettra au CreSERC de poursuivre l'évaluation du programme, en continuant à utiliser le questionnaire OITES auprès des futurs participants.

Les participants au programme bénéficieront d'un suivi post programme avec des entretiens à 6 mois, puis à 1 an réalisés par une autre interne de médecine du travail. Ce bilan portera sur une évaluation qualitative de leur situation professionnelle, de leur motivation avec le questionnaire OITES.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Topsante.com. Un Français sur 5 souffre de maladie mentale... - Top Santé [Internet]. 2014 [cité 24 août 2019].  
Disponible sur: <https://www.topsante.com/medecine/psycho/depression/un-francais-sur-5-souffre-de-maladie-mentale-55269>
2. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
3. Handicap : semaine pour l'emploi, chômage au plus haut [Internet]. [cité 25 août 2019].  
Disponible sur: <https://informations.handicap.fr/a-SEEPH-chomage-handicap-emploi-11304.php>
4. Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées
5. Roy-Hatala CL, Leguay D. « Handicap psychique » : le chemin qui reste à parcourir. Inf Psychiatr. 18 avr 2013;Volume 89(3):221-6.
6. Portail d'information des maisons départementales des personnes handicapées MDPH [Internet]. [cité 21 août 2019].  
Disponible sur: <http://www.mdpf.fr/>
7. Le handicap psychique [Internet]. UNAFAM. [cité 21 août 2019].  
Disponible sur: <http://www.unafam.org/-Le-handicap-psychique-.html>
8. CReHPsy Pays de la Loire [Internet]. [cité 21 août 2019].  
Disponible sur <http://www.crehsy-pl.fr/fr/actualites/definition-du-handicap-psychique,1498,115217.html>
9. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? Am J Psychiatry. mars 1996;153(3):321-30.
10. Goyet V, Duboc C, Voisin G, Dubrulle A, Boudebibah D, Augier F, et al. Enjeux et outils de la réhabilitation en psychiatrie. L'évolution Psychiatr. 1 janv 2013;78(1):3-19.
11. Heinrichs W, K. Zakzanis K. Neurocognitive Deficit in Schizophrenia: A Quantitative Review of the Evidence. Neuropsychology. 1 juill 1998;12:426-45.
12. Cardenas SA, Kassem L, Brotman MA, Leibenluft E, McMahon FJ. Neurocognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder and unaffected relatives: A review of the literature. Neurosci Biobehav Rev. oct 2016;69:193-215.
13. Martin B, Franck N. Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie. /data/revues/00143855/v78i1/S0014385512001247/ [Internet]. 18 mars 2013 [cité 21 août 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/794215>
14. Lysaker PH, Erickson M, Buck KD, Dimaggio G. Les rapports entre métacognition, cognition et fonctionnement dans la schizophrénie : données issues de l'étude de récits personnels. Inf Psychiatr. 15 nov 2012;Volume 88(4):267-77.

15. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G, GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res.* sept 2010;122(1-3):232-8.
16. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res.* 30 déc 2004;129(3):257-65.
17. Velligan DI, Kern RS, Gold JM. Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. *Schizophr Bull.* juill 2006;32(3):474-85.
18. McGurk SR, Meltzer HY. The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophr Res.* 27 oct 2000;45(3):175-84.
19. Ravaud J-F, Mormiche P. 19. Handicaps et incapacités [Internet]. *La Découverte*; 2000 [cité 21 août 2019].  
Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475-page-295.htm>
20. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé -2001.pdf [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422\\_fre.pdf;jsessionid=059C0493F36F49491B108C2AAC552658?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf;jsessionid=059C0493F36F49491B108C2AAC552658?sequence=1)
21. Leclerc C, Lesage A, Ricard N. La pertinence du paradigme stress-coping dans l'élaboration d'un modèle de gestion du stress pour personnes atteintes de schizophrénie. *Santé Ment Au Qué.* 1997;22(2):233.
22. Revue Santé Mentale - N° 166 - Mars 2012 [Internet]. *Santé Mentale*. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/boutique/acheter-numero/numero-166-mars-2012.html>
23. Bonsack C, Favrod J. De la réhabilitation au rétablissement : l'expérience de Lausanne. *Inf Psychiatr.* 1 mars 2013;89(3):227-32.
24. Bachrach LL. Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective. 1976 [cité 21 août 2019];  
Disponible sur: <https://eric.ed.gov/?id=ED132758>
25. Vermorel H, Vermorel M. De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens. *Inf Psychiatr.* 2012;Volume 88(9):759-70.
26. 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. *Inf Psychiatr.* 2008;Volume 84(10):885-93.
27. Handicap : semaine pour l'emploi, chômage au plus haut [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://informations.handicap.fr/a-SEEPH-chomage-handicap-emploi-11304.php>
28. Travailleurs handicapés : quel accès à l'emploi en 2015 ? DARES Analyses, mai 2017 [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2017-032.pdf>

29. Network H. Handicap au travail : chiffres clés - Tous Uniques [Internet]. Tousuniques.fr : le blog de la Mission Handicap Société Générale. 2016 [cité 25 août 2019].  
Disponible sur: <http://www.tousuniques.fr/2016/09/infographie-handicap-travail-chiffres-cles/>
30. Santé mentale Et Emploi, Psycom 2017 [Internet]. [cité 21 août 2019].  
Disponible sur: [http://www.eps-erasme.fr/Ressources/FCK/SanteMentaleEt\\_Emploi\\_web.pdf](http://www.eps-erasme.fr/Ressources/FCK/SanteMentaleEt_Emploi_web.pdf)
31. L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en 2015DARES Analyses - nov. 2017 [Internet]. [cité 25 août 2019].  
Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2017-071v2.pdf>
32. Enquête Unafam sur la défense des droits et intérêts des personnes malades psychiques\_vue\_par\_leur\_entourage-2.pdf [Internet]. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: [http://www.unafam.org/IMG/pdf/Presentation\\_enquete\\_Unafam\\_sur\\_la\\_defense\\_des\\_droits\\_et\\_interets\\_des\\_personnes\\_malades\\_psychiques\\_vue\\_par\\_leur\\_entourage-2.pdf](http://www.unafam.org/IMG/pdf/Presentation_enquete_Unafam_sur_la_defense_des_droits_et_interets_des_personnes_malades_psychiques_vue_par_leur_entourage-2.pdf)
33. Bonsack C, Favrod J. De la réhabilitation au rétablissement : l'expérience de Lausanne. Inf Psychiatr. 1 janv 2013;89:227-32.
34. Cardinal PL, Roelandt J-L, Rafael F, Vasseur-Bacle S, François G, Marsili M. Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. Inf Psychiatr. 17 juin 2013;Volume 89(5):365-70.
35. Deegan PE. Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. :8.
36. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosoc Rehabil J. 1993;16(4):11-23.
37. Provencher HL. L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. Santé Ment Au Qué. 2002;27(1):35.
38. 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. Rev Francaise Aff Soc. 2009;(1):257-77.
39. Pachoud B. Handicap et rétablissement [Internet]. [cité 21 août 2019].  
Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/0032843722c7d179629c4>
40. Andresen R, Caputi P, Oades L. Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. Aust N Z J Psychiatry. déc 2006;40(11-12):972-80.
41. Handicap psychique et insertion professionnelle : de nouvelles orientations théoriques et pratiques [Internet]. Le Journal des Psychologues. 2014 [cité 21 août 2019].  
Disponible sur: <https://www.jdpsychologues.fr/article/handicap-psychique-et-insertion-professionnelle-de-nouvelles-orientations-theoriques-et>
42. Silverstein SM, Bellack AS. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. Clin Psychol Rev. oct 2008;28(7):1108-24.
43. Grove RN. Reform of mental health care in Europe: Progress and change in the last decade. Br J Psychiatry. 1994;165(4):431-3.

44. Vidon G. livre la réhabilitation psychosociale en psychiatrie, p. 398-400 [Internet]. [cité 22 août 2019].  
 Disponible sur: [https://www.google.com/search?q=livre+la+r%C3%A9habilitation+psychosociale+en+psychiatrie,+G+Vidon,+p.+398-400&safe=off&client=firefox-b-d&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=oED10stYZ2\\_4pM%253A%252C15CSNxQhuiTqoM%252C\\_&vet=1&usg=AI4\\_-kQzvi67hKNd6B3fZ7z9HqBLfytj8g&sa=X&ved=2ahUKEwiNgJ7-h5bkAhWKyYUKHaPzBXAQ9QEwBXoECACQBg#imgsrc=oED10stYZ2\\_4pM](https://www.google.com/search?q=livre+la+r%C3%A9habilitation+psychosociale+en+psychiatrie,+G+Vidon,+p.+398-400&safe=off&client=firefox-b-d&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=oED10stYZ2_4pM%253A%252C15CSNxQhuiTqoM%252C_&vet=1&usg=AI4_-kQzvi67hKNd6B3fZ7z9HqBLfytj8g&sa=X&ved=2ahUKEwiNgJ7-h5bkAhWKyYUKHaPzBXAQ9QEwBXoECACQBg#imgsrc=oED10stYZ2_4pM)
45. Leufstadius C, Eklund M, Erlandsson L-K. Meaningfulness in work - experiences among employed individuals with persistent mental illness. *Work Read Mass.* 2009;34(1):21-32.
46. Montès J-F. Le monde clos ou la raison médico-économique. *Sci Soc Santé.* mars 1993;XI(1):41.
47. Beauvue-Fougeyrollas C. Les infirmiers en psychiatrie et la folie. *FeniXX*; 1990. 348 p.
48. Simon. Une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique [Internet]. Walter de Gruyter, Berlin et Leipzig; 1929.  
 Disponible sur: <http://www.dimensionsdelapsychanalyse.org/wp-content/uploads/2017/10/Hermann-Simon-Une-th%C3%A9rapeutique-plus-active-%C3%A0-lh%C3%B4pital-psychiatrique.pdf>
49. Volition et motivation en santé mentale. Le partenaire [Internet]. 2006;13(1).  
 Disponible sur: <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v13-n1.pdf>
50. Perceptions of Barriers to Employment, Coping Efficacy, and Career Search Efficacy in People with Mental Illness - Marc Corbière, Céline Mercier, Alain Lesage, 2004 [Internet]. [cité 22 août 2019].  
 Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1069072704267738>
51. Pachoud B. Activité professionnelle et processus de rétablissement. *Santé Ment Au Qué.* 2017;42(2):57-70.
52. Sauvé G, Lepage M, Corbière M. Impacts de la combinaison de programmes de soutien à l'emploi et de remédiation cognitive sur le maintien en emploi de personnes souffrant de schizophrénie : une méta-analyse. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 juin 2019;177(6):534-43.
53. 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 août 8, 2016.
54. Latimer E, Québec (Province), Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Le soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuels » pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves: sa pertinence pour le Québec : monographie [Internet]. Montréal, Québec: Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé; 2008 [cité 22 août 2019].  
 Disponible sur: <http://www.deslibris.ca/ID/216120>
55. Fondation Vincent Verry [Internet]. [cité 22 août 2019].  
 Disponible sur: <https://www.messidor.asso.fr/index.php/fondation>
56. Rpt EA MESSIDOR 26-09-17 .pdf [Internet]. [cité 22 août 2019].

Disponible sur: <https://www.messidor.asso.fr/fverte/Rpt%20EA%20MESSIDOR%20%2026-09-17%20%20%20.pdf>

57. Corbière M, Lesage A, Villeneuve K, Mercier C. Le maintien en emploi de personnes souffrant d'une maladie mentale. Santé Ment Au Qué. 2006;31(2):215-35.
58. Wester P. Centre de référence en soins d'éducation thérapeutique et de remédiation cognitive (Creserc) [Internet]. CHU de Nantes. [cité 22 août 2019].  
Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/centre-de-reference-en-soins-d-education-therapeutique-et-de-remediation-cognitive-creserc--62716.kjsp?RH=1386083082735>
59. HAS- Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation [Internet]. [cité 30 août 2019].  
Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_definition\\_finalites\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)
60. LA TOURMALINE | UGECAM Bretagne Pays de la Loire [Internet]. [cité 23 août 2019].  
Disponible sur: <http://www.ugecam-brpl.fr/etablissements/la-tourmaline-0>
61. Association pour les personnes handicapées en Loire Atlantique [Internet]. [cité 23 août 2019].  
Disponible sur: <https://www.adapei44.fr/>
62. Nos offres de services - Service d'Évaluation et d'Accompagnement Professionnel | Psy'Activ - Ensemble pour la santé mentale [Internet]. [cité 23 août 2019].  
Disponible sur: <https://www.psyactiv.fr/service-d-evaluation-et-d-accompagnement-professionnel-27.html>
63. Admin S, Admin S. Cap emploi [Internet]. Ministère du Travail. 2019 [cité 23 août 2019].  
Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/service-public-de-l-emploi/article/cap-emploi>
64. Passerelle pour l'Emploi [Internet]. Adapei Loire Atlantique. [cité 23 août 2019].  
Disponible sur: <https://www.adapei44.fr/etablissements-et-services/carte-des-etablissements/vie-professionnelle/pole-insertion-passerelle-pour-lemploi/>
65. Le dispositif | Girpeh Pays de la Loire [Internet]. [cité 23 août 2019].  
Disponible sur: <https://www.girpeh-asso.fr/les-handicoachs/>
66. Corbière M. Un outil pour évaluer les obstacles à l'insertion au travail de personnes avec un trouble mental grave et leur sentiment d'efficacité pour les surmonter (OITES). Le partenaire. 2011;20(3):21.
67. IRSST - Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail [Internet]. [cité 25 août 2019].  
Disponible sur: <https://www.irsst.qc.ca/>
68. Corbière M, Negrini A, Durand M-J, Bibliothèque numérique canadienne (Firme). Validation du questionnaire obstacles au retour au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter (ORTESES) auprès de travailleurs avec un trouble mental courant ou un trouble musculosquelettique [Internet]. 2016 [cité 2 sept 2019].  
Disponible sur: <https://www.deslibris.ca/ID/10065647>

69. 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*. juin 2014;40(S2):33-44.
70. Programme d'éducation thérapeutique chez le patient vivant avec des troubles psychiatriques - Programme arrêté - OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé [Internet]. [cité 3 sept 2019].  
Disponible sur: <http://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/action/detail/6204>
71. Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques [Internet]. ANESM; [cité 3 sept 2019].  
Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm\\_1\\_rbpp\\_accompagnement\\_adultes\\_handicapes\\_psychiques\\_2016.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_1_rbpp_accompagnement_adultes_handicapes_psychiques_2016.pdf)
72. Giraud-Baro E. Réhabilitation psychosociale en France. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 avr 2007;165(3):191-4.
73. Barbès-Morin G, Lalonde P. La réadaptation psychiatrique du schizophrène. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 août 2006;164(6):529-36.

## Programme d'éducation thérapeutique (ETP)

# Insertion professionnelle et handicap

Centre de référence en soins d'éducation thérapeutique et de remédiation cognitive  
**CRSEERC**

### À qui s'adresse ce programme ?

Le programme s'adresse à des patients adultes en situation de handicap psychique. Les patients doivent être intéressés pour s'insérer ou se réinsérer professionnellement.

### Objectifs du programme

L'objectif majeur est de favoriser l'insertion ou le retour vers l'emploi.

Des objectifs plus spécifiques sont variables selon les patients :

- Accroître son sentiment d'efficacité pour surmonter les obstacles de l'insertion professionnelle.
- Améliorer ses connaissances des différents milieux professionnels.
- Réfléchir autour des représentations du monde du travail.
- Prendre contact avec différentes structures extérieures d'accompagnement ou de maintien dans l'emploi.



CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE NANTES

### Déroulement du programme

Les patients sont rencontrés au préalable lors de deux consultations dites de « diagnostic éducatif » par deux professionnels de l'équipe.

Le programme se déroule en deux modules avec une séance en groupe par semaine, sur environ trois mois.

Le module 1 comporte quatre séances et le module 2 en comporte cinq séances.

Le contenu des séances s'adapte aux attentes du groupe en termes de contenu.

Ce programme est évalué par le biais d'un questionnaire portant sur le sentiment d'efficacité pour surmonter les obstacles liés à l'insertion professionnelle (OTES).

### Par qui ?

Médecins psychiatres : D' Delvot, D' de Montchenon, D' Espitalier

Interne de médecine du travail : Marie Gay

Infirmiers animateurs : Karine Hamelin, Christelle Geoffrit, Dominique Pinier, Thierry Letue, Nathalie Marquez

Assistants sociaux : Anna Massé, Valérie Desmars, Alain Guillou

### Où ?

Centre référent en soins d'éducation thérapeutique et de remédiation cognitive (CRSEERC)

Hôpital Saint-Jacques / bâtiment Pinel rez-de-chaussée haut  
85 rue Saint-Jacques – 44093 Nantes cedex 1

Tél. 02 44 76 68 77

Mail : [bp-crseerc@chu-nantes.fr](mailto:bp-crseerc@chu-nantes.fr)

## 1- Plaquette de présentation du programme

## 2- Fiche du programme de recherche STEPPE

| Fiche de recensement projets de Recherche Non Interventionnelle (RNI)   |  |
|---|--|
|    |  |
| <p>Cette Fiche est à compléter dès l'annonce de la réunion autour de votre projet, et à être validé par votre PI titulaire et votre référent d'UIC. Cette Fiche permettra également à la DRCI de relancer votre projet et de procéder aux démarches réglementaires (CPI, CHIL, etc) indispensables avant son démarrage. Vous trouverez également en annexe un <b>script des pratiques pour créer une base sur Jupyter Notebook</b>. Nous vous prions de bien vouloir renvoyer ce document à la Direction de la Recherche, Département promotion, contact : Sabrina Le Bouter, <a href="mailto: Sabrina.LeBouter@cpfr.chu-clm.fr">Sabrina.LeBouter@cpfr.chu-clm.fr</a>, 02 53 49 20 62</p> |  |
| Projet de recherche :   |  |
| Date de la demande :  | 5 Janvier 2018   |
| Porteur du projet de recherche :  | Marion CHIRIC-ESPITALIER   |
| PI(s) :   | 8  |
| UIC :   | 18   |
| Type du projet de recherche :   | Handicap psychique et vie professionnelle ; bénéfices d'un groupe thérapeutique « vie professionnelle » sur le sentiment d'efficacité pour surmonter les obstacles (recherche professionnelle).  |
| Objets du projet :  | Etude STEPPE (Serment d'Efficacité Professionnelle et Handicap Psychique)  |
| Type de projet <sup>1</sup> :   | <input checked="" type="checkbox"/> RNI prospective* <input type="checkbox"/> RNI sur données existantes<br><input type="checkbox"/> Circulatoire <input type="checkbox"/> Mémor de DES<br><input checked="" type="checkbox"/> Thèse d'exercice <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :  |
| Contacte du projet :  |  |
| Date de début et de fin professionnelle :   | 15/02/2018 - 31/12/2019  |
| Dimensionnement :   | <input checked="" type="checkbox"/> Monocentrique <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> National<br><input checked="" type="checkbox"/> Multicentrique <input type="checkbox"/> Européen <input type="checkbox"/> International<br>Nombre de centres :  |
| Durée de Recrutement :  | 18 mois  |
| Durée de Suivi :  | 6 mois   |
| Nombre de patients :  | 20   |
| Concerner des patients mineurs :  | <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON   |
| Information/conseillement :   | <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> Est<br><input type="checkbox"/> Pas d'information : Justifier pourquoi  |
| Faisabilité du projet :   | Le RNI active est existante, plusieurs patients étant inscrits au groupe « V professionnelle » qui débute en Mars 2018. Le recrutement est assuré dans les 1 mois à venir pour les enseignants d'accompagnement 2 groupes par an d'une dizaine de patients Ordon. Ce projet sera le sujet de thèse de Marie Gay, notre thésarde, thèse qui se soumettra au printemps 2019. Nous-même participera à la création de ce groupe. |

|  |  |
|--|--|
| Origine des données utilisées :  | <input type="checkbox"/> Données d'identification nominatives<br><input type="checkbox"/> Données d'identification codées<br><input checked="" type="checkbox"/> Données de santé, opinions, physiologiques, algébriques, syndromes, vie sociale, origine sociale ou ethnique<br><input checked="" type="checkbox"/> Données sur la vie personnelle (habitudes de vie, situation familiale...)<br><input checked="" type="checkbox"/> Données sur la vie professionnelle (CV, scolaire, formation...)<br><input type="checkbox"/> Informations financières (revenus, situation financière, fiscal...)<br><input type="checkbox"/> Données de localisation (déplacement, gps...)<br><input type="checkbox"/> NIR (numéro de sécurité sociale)<br><input type="checkbox"/> Infractions, condamnation, meurtres de suivi<br><input type="checkbox"/> Appariement avec bases médico-administratives (type SIBRAAM)<br><input type="checkbox"/> Données provenant de patients perdus de vue (hors personnes décodées) |
| Support informatique :   | Excel  |
| Utilisation d'échantillons biologiques :   | <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON   |
| Si RNI rétrospective sur données historiques :<br>Soumission comités d'éthique soumise ?           | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON<br><input checked="" type="checkbox"/> GNEDS <input type="checkbox"/> Autre : préciser : .....   |
| Objets de publication :  | Indiquer le type de revue dans laquelle vous souhaitez/pensez publier si applicable :<br>revue de psychiatrie ou de médecine du travail<br>Délai envisagé : courant 2019   |
| Pour répondre à l'objectif de publication :<br>Baison de soutien en méthodologie et statistiques ? | <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON<br>Il nous semblerait important de pouvoir bénéficier d'un soutien méthodologique afin de finaliser la conception de notre projet. Cet appui méthodologique nous serait utile aussi pour l'analyse de nos résultats statistiques de fin de thèse.   |
| Dans quels délais ?  |  |
| Avez-vous fait une bimon en statistiques ?   | <input type="checkbox"/> UE introduction à la biostat. <input type="checkbox"/> UE Méthodes en RC et épidémiologie<br><input type="checkbox"/> Autre   |

| Commentaires du porteur de projet  |  |  |
|--|--|--|
| D. Marion Chric-Espalier   | Parmi les principaux éléments entrant, le établissement des personnes souffrant de troubles psychiques, on note l'autoévaluation, le pré-estime de soi et de sentiment d'efficacité personnelle. L'efficacité psychotique soe, et le handicap social s'ajoute à cela entraîné par les symptômes. L'accompagnement pédiatse vers et dans l'emploi est donc indissociable des soins psychologiques classiques. Cette étude pilote vise à évaluer l'impact d'un MI programme d'accompagnement en lien de sentiment personnel d'efficacité. Le CHESÉNC poursuit ainsi sa dynamique de développement de la recherche clinique et d'évaluation de ses pratiques de son.                            |  |
| <b>Avant ou Période Evaluation encadrant le porteur de projet ou du référent UIC</b> | <b>Avant sur le projet</b>   | <b>Date et signature</b>   |
| Pré-Etudes   | Avant sur le projet  |  |
| Nathalie UIC<br>Pr-Mylene Gras<br>Bouvier  | Aider le patient en situation de handicap psychique à retrouver / aller vers l'emploi est un enjeu crucial. En effet, l'insertion professionnelle est un facteur contribuant à un meilleur pronostic du trouble (schizophrénie ou trouble bipolaire). En considérant l'impact pour la société, il est essentiel de soutenir les meilleurs qui pourraient permettre de réduire les coûts liés à la maladie (arrêt de travail, ALD, malades hospitalisés, etc.) Il est ainsi important de soutenir les recruteurs qui pourraient contribuer à valider des programmes visant le retour à l'emploi. Ceci s'inscrit par ailleurs dans la dynamique de recherche que le CHESÉNC souhaite impulser. | Date et signature<br>22/01/2018<br> |

Page 11/15

| RESUME (une page)  |  |
|--|--|
| <b>Titre :</b> Etude STEPER (sentiment d'efficacité professionnelle et handicap psychique)   |  |
| <b>Trajectoire professionnelle des personnes en situation de handicap psychique est un élément majeur adant à leur rétablissement.</b>   |  |
| - Le travail confère une identité sociale de professionnelle qui aide la personne à se départir de l'identité stigmatisante de "malade mental".  |  |
| - Le travail salarié offre ensuite l'opportunité d'une reconnaissance sociale, reconnaissance de ses compétences, élément constitutif de l'estime de soi.  |  |
| - Enfin, l'exercice professionnel contribue au sentiment d'efficacité, ce qui contribue à restaurer la confiance en soi et le sentiment de retrouver un certain contrôle sur sa vie.   |  |
| <b>L'accompagnement d'un retour vers l'emploi d'une personne ayant traversé des troubles psychiques est un enjeu majeur.</b>   |  |
| Un groupe thérapeutique accompagnant l'insertion ou la formation professionnelle de personnes en situation de handicap psychique est créé début 2018 au CHESÉNC (Centre de référence en soins d'Education Thérapeutique et de Réhabilitation Cognitive) du CHU de Nantes.  |  |
| Nous voulons en évaluer les effets sur le sentiment d'efficacité à surmonter les obstacles rencontrés dans cette insertion, en réalisant une étude prospective.  |  |
| <b>Objectif principal :</b> évaluer l'efficacité d'un groupe thérapeutique sur le sentiment d'efficacité à surmonter les obstacles de l'insertion professionnelle.   |  |
| <b>Objectifs secondaires :</b> évaluer l'efficacité du groupe en termes d'estime de soi et d'avancement dans son parcours de rétablissement.   |  |
| <b>Critère de jugement principal :</b> score à l'outil OITES (Obstacles à l'insertion au Travail et sentiment d'efficacité pour les Surmontés) ; hétéro-questionnaire.   |  |
| <b>Critères secondaires :</b> score à l'échelle de Rosenberg (estime de soi) et à l'échelle STORI (avancement dans le parcours de rétablissement) ; auto-questionnaires  |  |
| <b>Méthodologie :</b>  |  |
| Etude prospective. L'étude est non interventionnelle, car la passation de l'échelle a lieu au cours d'une consultation de pré-groupe qui a lieu dans le cadre du programme (consultation de diagnostic éducatif). La passation de l'échelle fait partie intégrante du programme de soins, que le patient accepte ou non de participer à l'étude. |  |
| Groupe thérapeutique d'une dizaine de patients, une séance par semaine durant 3 mois, qui s'articule en 2 modules.   |  |
| - Evaluation avant/après le groupe thérapeutique.  |  |
| - Visite d'inclusion dans le mois précédent le début du groupe   |  |
| ○ Information et consentement  |  |
| ○ Evaluation d'impact (échelle MINI) et du bien-être global (échelle EGF)  |  |
| ○ Passation de l'hétéro-questionnaire OITES  |  |
| ○ Remise des auto-questionnaires Rosenberg et STORI  |  |
| - visite de sortie dans le mois suivant la fin du groupe avec outil OITES, et remise des auto-questionnaires à compléter sur place. Il s'écoulera donc 4 à 5 mois entre 2 évaluations.   |  |
| <b>Critères d'inclusion :</b>  |  |
| Patients âgés de 18 à 70 ans, souffrant de trouble psychique chronique (schizophrénie ou trouble bipolaire), en situation de handicap psychique, (évalué par l'EGP), dont l'état clinique est stabilisé, ayant le soutien d'une insertion professionnelle.   |  |
| <b>Critères de non-inclusion :</b> Les patients ayant une mauvaise maîtrise de la langue française, refusant de participer à l'étude.  |  |
| <b>Durée d'inclusion :</b> 1 an  |  |
| <b>Pas de risque</b>   |  |
| <b>Retombées :</b> Mettre en lumière l'impact de mettre en place et de développer des soins de préparation à l'insertion professionnelle encore peu répandus en pratique courante. Pas d'études prospectives   |  |

Page 11/15

### 3- Questionnaire OITES

#### Obstacles à l'Insertion au Travail et sentiment d'Efficacité pour les Surmonter (OITES)

**Consignes :**

Ce questionnaire vise l'évaluation des obstacles que vous percevez lors votre insertion au travail ainsi que l'évaluation de votre sentiment d'efficacité pour les surmonter. Ce questionnaire est donc divisé en deux parties : Question A et Question B.

|   |                             |   |   |   |   |   |                           |  |                        |   |   |   |   |   |                         |
|---|-----------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|--|------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------|
| <b>Question A)</b><br>Parmi les items suivants, lesquels pourraient représenter, <u>dans votre situation actuelle</u> , un obstacle à votre insertion au travail ?<br>Si votre réponse est <u>supérieure</u> à '1', répondez svp à la question B; si votre réponse est <u>égale</u> à '1', répondez svp à l'item suivant. | 1- Ce n'est pas un obstacle | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7- C'est un gros obstacle | <b>Question B)</b><br>Si l'item à la question A peut représenter, <u>dans votre situation actuelle</u> , un obstacle à votre insertion au travail (>1), répondez svp jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ? | 1- pas du tout capable | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 - tout à fait capable |
|   |                             |   |   |   |   |   |                           |  |                        |   |   |   |   |   |                         |

| A   |                             |   |   |   |   |   |                           | B   |                        |   |   |   |   |   |                         |
|---|-----------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|---|------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------|
| <b>Question A) Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item<sup>1</sup> représente un obstacle à votre insertion au travail ?</b> | 1- Ce n'est pas un obstacle | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7- C'est un gros obstacle | <b>Question B) Si l'item à la question A représente, dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (&gt;1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ?</b> | 1- pas du tout capable | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 - tout à fait capable |
|   |                             |   |   |   |   |   |                           |   |                        |   |   |   |   |   |                         |
| 1. Les problèmes de santé physique. (ex. les maux de dos)   | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>les problèmes de santé physique</b> ?   | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |

| A  |                             |   |   |   |   |   |                           | B   |                        |   |   |   |   |   |                         |
|--|-----------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|---|------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------|
| <b>Question A) Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ?</b>        | 1- Ce n'est pas un obstacle | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7- C'est un gros obstacle | <b>Question B) Si l'item à la question A représente, dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (&gt;1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ?</b> | 1- pas du tout capable | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 - tout à fait capable |
|  |                             |   |   |   |   |   |                           |   |                        |   |   |   |   |   |                         |
| 2. Le moyen de transport (ex. pas d'accès au réseau de transport en commun)  | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>le moyen de transport</b> ?   | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 3. Une faible motivation, un manque de détermination.  | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>une faible motivation, un manque de détermination</b> ?   | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 4. L'anxiété ou les peurs (ex. avoir peur de chercher un emploi).  | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>l'anxiété ou les peurs</b> ?  | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 5. Le manque d'expériences de travail.   | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>le manque d'expériences de travail</b> ?  | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 6. L'indécision face aux différents choix possibles d'emploi (ex. je ne sais pas vraiment quel type d'emploi je souhaite exercer). | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>l'indécision face aux différents choix possibles d'emploi</b> ?   | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 7. Le manque d'énergie (ex. se sentir fatigué).  | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>le manque d'énergie</b> ?   | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |

| A   |  |   |   |   |   |   |                           | B   |                        |  |   |   |   |   |                         |
|---|--|---|---|---|---|---|---------------------------|---|------------------------|--|---|---|---|---|-------------------------|
| Question A) Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ?                | 1- Ce n'est pas un obstacle                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7- C'est un gros obstacle | Question B) Si l'item à la question A représente, dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (>1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ? | 1- pas du tout capable | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 - tout à fait capable |
|   | 8. Le manque de scolarisation ou de formation. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                         |   | 7                      | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>le manque d'éducation ou de formation?</b> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                       |
| 9. La perte d'allocations ou de soutien financier si vous obteniez un emploi.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>la perte d'allocations ou de soutien financier si vous obteniez un emploi?</b>  | 1                      | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 10. Les autres trouvent vos projets professionnels irréalistes (ex. les gens pensent que vous n'avez pas les compétences requises). | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>les autres trouvent vos projets professionnels irréalistes?</b>   | 1                      | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 11. Les effets secondaires de la prise de médicaments reliés à des problèmes de santé mentale (ex. tremblement des mains).          | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter les effets secondaires de la prise de médicaments reliés à des problèmes de santé mentale?   | 1                      | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 12. La consommation de drogues ou d'alcool.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter la consommation de drogues ou d'alcool?  | 1                      | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |

| A   |   |   |   |   |   |   |                           | B   |                        |   |   |   |   |   |                         |
|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------|---|------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------|
| Question A) Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ?                          | 1- Ce n'est pas un obstacle   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7- C'est un gros obstacle | Question B) Si l'item à la question A représente, dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (>1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ? | 1- pas du tout capable | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 - tout à fait capable |
|   | 13. Le manque de compétences (ex. pas beaucoup d'expériences dans le domaine professionnel ciblé, savoir, savoir-être et savoir-faire). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                         |   | 7                      | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>le manque de compétences?</b> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                       |
| 14. Le manque de soutien de la part des personnes de votre entourage (ex. famille, amis).   | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>le manque de soutien de la part des personnes de votre entourage?</b>   | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 15. Le manque de confiance en soi.  | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter le manque de confiance en soi?   | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 16. Peu d'emplois disponibles dans votre domaine sur le marché du travail.  | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter le peu d'emplois disponibles dans votre domaine sur le marché du travail?  | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 17. Une faible capacité de rendement au travail (ex. ne pas être capable d'exécuter les tâches de travail aussi rapidement que les collègues) | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter une faible capacité de rendement au travail?   | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |

| A  |  |   |   |   |   |   |                           | B   |                        |  |   |   |   |   |                         |
|--|--|---|---|---|---|---|---------------------------|---|------------------------|--|---|---|---|---|-------------------------|
| Question A) Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ? | 1- Ce n'est pas un obstacle  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7- C'est un gros obstacle | Question B) Si l'item à la question A représente, dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (>1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ? | 1- pas du tout capable | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 - tout à fait capable |
|  | 18. Les préjugés des employeurs pour engager une personne avec des problèmes de santé mentale. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                         |   | 7                      | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>les préjugés des employeurs pour engager une personne avec des problèmes de santé mentale?</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                       |
| 19. Des difficultés à travailler avec les autres.  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>des difficultés à travailler avec les autres?</i>   | 1                      | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 20. Le manque de sommeil.  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>le manque de sommeil?</i>   | 1                      | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 21. Des changements fréquents d'humeur (ex. des états émotifs changeants).   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>des changements fréquents d'humeur?</i>   | 1                      | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 22. Le taux de chômage élevé (ex. peu d'emplois disponibles).  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>le taux de chômage élevé?</i>   | 1                      | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |

| A  |   |   |   |   |   |   |                           | B   |                        |   |   |   |   |   |                         |
|--|---|---|---|---|---|---|---------------------------|---|------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------|
| Question A) Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ?                     | 1- Ce n'est pas un obstacle                             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7- C'est un gros obstacle | Question B) Si l'item à la question A représente, dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (>1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ? | 1- pas du tout capable | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 - tout à fait capable |
|  | 23. La difficulté d'entrer en relation avec les autres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                         |   | 7                      | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>la difficulté d'entrer en relation avec les autres?</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                       |
| 24. La difficulté de s'ajuster aux exigences d'un nouvel emploi (ex. au niveau des horaires, des tâches à exécuter).                     | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>la difficulté de s'ajuster aux exigences d'un nouvel emploi?</i>  | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 25. Le manque de flexibilité de l'employeur (ex. au niveau des horaires, du rendement).  | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>le manque de flexibilité de l'employeur?</i>  | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 26. Le stress relié à la recherche d'emploi.   | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>le stress relié à la recherche d'emploi?</i>  | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 27. La difficulté de faire face à des changements fréquents dans votre futur emploi (ex. au niveau des horaires, des tâches de travail). | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>la difficulté de faire face à des changements fréquents dans votre futur emploi?</i>  | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |

| A  |  |   |   |   |   |   | B                         |   |                        |  |   |   |   |   |                        |
|--|--|---|---|---|---|---|---------------------------|---|------------------------|--|---|---|---|---|------------------------|
| Question A) Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ? | 1- Ce n'est pas un obstacle  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7- C'est un gros obstacle | Question B) Si l'item à la question A représente, dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (>1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ? | 1- pas du tout capable | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7- tout à fait capable |
|  | 28. Des événements stressants hors travail (ex. deuil, rupture amoureuse). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                         |   | 7                      | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>des événements stressants hors travail</i> ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                      |
| 29. Les conditions de travail (ex. responsabilités, tâches à remplir).   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>les conditions de travail</i> ?   | 1                      | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                      |
| 30. Les échecs antérieurs sur le marché du travail (ex. perte d'un emploi).  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>les échecs antérieurs sur le marché du travail</i> ?  | 1                      | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                      |
| 31. La difficulté de prendre des initiatives (ex. difficulté d'être fonceur, d'être débrouillard).                   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>la difficulté de prendre des initiatives</i> ?  | 1                      | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                      |
| 32. L'instabilité des emplois sur le marché du travail (ex. peu d'emplois à long terme sont disponibles).            | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>l'instabilité des emplois sur le marché du travail</i> ?  | 1                      | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                      |
| 33. La compétition sur le marché du travail (ex. plusieurs candidats postulent pour le même emploi).                 | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>la compétition sur le marché du travail</i> ?   | 1                      | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                      |

| A  |   |   |   |   |   |   | B                         |   |                        |   |   |   |   |   |                        |
|--|---|---|---|---|---|---|---------------------------|---|------------------------|---|---|---|---|---|------------------------|
| Question A) Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ?   | 1- Ce n'est pas un obstacle                                       | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7- C'est un gros obstacle | Question B) Si l'item à la question A représente, dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (>1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ? | 1- pas du tout capable | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7- tout à fait capable |
|  | 34. La charge parentale (ex. enfant, autre membre de la famille). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                         |   | 7                      | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>la charge parentale</i> ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                      |
| 35. Le manque de suivi d'un agent d'insertion au travail après avoir obtenu un emploi (ex. ne pas recevoir de soutien de la part de l'agent durant cette période). | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>le manque de suivi d'un agent d'insertion au travail après avoir obtenu un emploi</i> ?   | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                      |
| 36. Une absence prolongée du marché du travail (ex. rester une longue période de temps sans emploi).   | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>une absence prolongée du marché du travail</i> ?  | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                      |
| 37. L'arrêt de la prise de médicaments pour des problèmes de santé mentale (ex. avoir oublié de prendre ses médicaments, décider de ne plus les prendre).          | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>l'arrêt de la prise de médicaments pour des problèmes de santé mentale</i> ?  | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                      |
| 38. Le manque de soutien de collègues de travail lors de l'obtention d'un emploi.  | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>le manque de soutien de collègues de travail lors de l'obtention d'un emploi</i> ?  | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                      |

| A   |                             |   |   |   |   |   | B                         |   |                        |   |   |   |   |   |                         |
|---|-----------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|---|------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------|
| Question A) Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ?  | 1- Ce n'est pas un obstacle |   |   |   |   |   | 7- C'est un gros obstacle | Question B) Si l'item à la question A représente, dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (>1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ? | 1- pas du tout capable |   |   |   |   |   | 7 - tout à fait capable |
|   | 2                           | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 |                           |   | 2                      | 3 | 4 | 5 | 6 |   |                         |
| 39. Le manque de ponctualité (ex. ne pas respecter l'horaire de travail mis en place).  | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>le manque de ponctualité</b> ?  | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 40. S'affirmer face à ses collègues de travail (ex. exprimer son point de vue face à ses collègues, mettre ses limites aux demandes provenant des collègues). | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>s'affirmer face à ses collègues de travail</b> ?  | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 41. Se présenter correctement à son travail (ex. être propre, habillé correctement).  | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>se présenter correctement à son travail</b> ?   | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 42. Travailler de façon autonome (ex. ne pas rechercher d'aide chez ses collègues pour effectuer son travail).  | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>travailler de façon autonome</b> ?  | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 43. La pression liée à l'emploi occupé (ex. respecter les délais imposés, avoir une certaine productivité).   | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>la pression liée à l'emploi occupé</b> ?  | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 44. La peur de faire une rechute au niveau des problèmes de santé mentale.  | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>la peur de faire une rechute</b> ?  | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |

| A   |                             |   |   |   |   |   | B                         |   |                        |   |   |   |   |   |                         |
|---|-----------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|---|------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------|
| Question A) Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ?            | 1- Ce n'est pas un obstacle |   |   |   |   |   | 7- C'est un gros obstacle | Question B) Si l'item à la question A représente, dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (>1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ? | 1- pas du tout capable |   |   |   |   |   | 7 - tout à fait capable |
|   | 2                           | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 |                           |   | 2                      | 3 | 4 | 5 | 6 |   |                         |
| 45. Des inquiétudes quant à la prise de médicaments sur le lieu de travail (médicaments liés à des problèmes de santé mentale). | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>des inquiétudes quant à la prise de médicaments sur le lieu de travail</b> ?  | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 46. Percevoir un bas salaire (ex. être payé moins que le salaire minimum).  | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>percevoir un bas salaire</b> ?  | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 47. Se faire rabaisser par les collègues de travail (ex. être critiqué de façon négative).                                      | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>se faire rabaisser par les collègues de travail</b> ?   | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 48. Être victime d'iniquité salariale. (ex. l'employeur vous offre un salaire plus bas que les normes salariales).              | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <b>être victime d'iniquité salariale</b> ?   | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |

| A  |   |   |   |   |   |   | B                         |   |                        |   |   |   |   |   |                         |
|--|---|---|---|---|---|---|---------------------------|---|------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------|
| Question A) Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ? | 1- Ce n'est pas un obstacle   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7- C'est un gros obstacle | Question B) Si l'item à la question A représente, dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (>1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ? | 1- pas du tout capable | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 - tout à fait capable |
|  | 49. Des difficultés de concentration au travail (ex. ne pas être capable de se concentrer sur une tâche). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                         |   | 7                      | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>des difficultés de concentration au travail</i> ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                       |
| 50. Des difficultés à trouver un emploi qui corresponde à vos habiletés/compétences.                                 | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>des difficultés à trouver un emploi qui corresponde à vos habiletés/compétences</i> ?   | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 51. Des difficultés de communication.  | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>des difficultés de communication</i> ?  | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 52. La peur d'obtenir un emploi qui consiste en des tâches répétitives (ex. travail monotone).                       | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>la peur d'obtenir un emploi qui consiste en des tâches répétitives</i> ?  | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 53. La peur d'être désorienté, confus au travail (ex. se sentir perdu).  | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>la peur d'être désorienté, confus au travail</i> ?  | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |

| A   |  |   |   |   |   |   | B                         |   |                        |   |   |   |   |   |                         |
|---|--|---|---|---|---|---|---------------------------|---|------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------|
| Question A) Dans votre situation actuelle, est-ce que cet item représente un obstacle à votre insertion au travail ?  | 1- Ce n'est pas un obstacle  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7- C'est un gros obstacle | Question B) Si l'item à la question A représente, dans votre situation actuelle, un obstacle à votre insertion au travail (>1), jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de le surmonter ? | 1- pas du tout capable | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 - tout à fait capable |
|   | 54. Les effets dus à un changement de médicaments reliés à des problèmes de santé mentale. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                         |   | 7                      | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>les effets dus à un changement de médicaments</i> ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                       |
| 55. Un taux de roulement élevé du personnel dans votre futur emploi (ex. changement constant d'employés).   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>un taux de roulement élevé du personnel dans votre futur emploi</i> ?   | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 56. Manque d'aide thérapeutique d'un intervenant en santé mentale après que vous ayez obtenu un emploi (ex. ne pas recevoir de soutien de la part de l'intervenant en santé mentale, du médecin traitant durant cette période). | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>le manque d'aide thérapeutique d'un intervenant en santé mentale après que vous ayez obtenu un emploi</i> ?                       | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |
| 57. Autres obstacles, pouvez vous les mentionner svp?   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                         | Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter <i>cet obstacle</i> ?  | 1                      | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                       |

## 4- Données détaillées de l'enquête OITES

### Perception de l'obstacle

Les résultats présentés sont les valeurs moyennes sur les réponses des 17 participants à la question A pour chacun des items, avant et après le programme. Les items sont regroupés dans les 5 dimensions.

Échelle des valeurs : de 1 (ce n'est pas un obstacle) à 7 (c'est un gros obstacle)

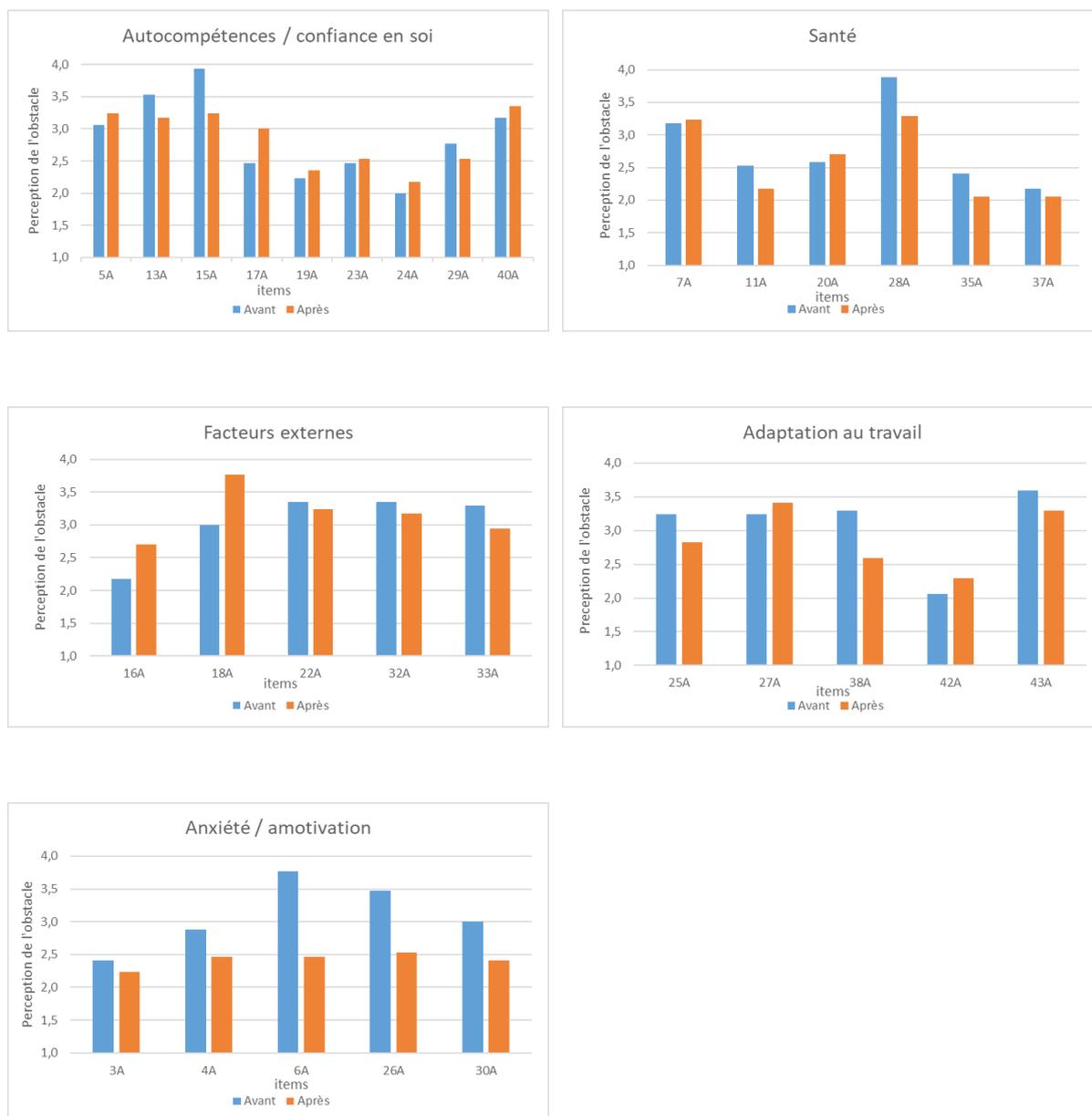


Figure 6: Perception des obstacles, par item

## Sentiment de capacité à surmonter l'obstacle

Les résultats présentés sont les valeurs moyennes sur les réponses des 17 participants à la question B pour chacun des items, avant et après le programme. Les items sont regroupés dans les 5 dimensions.

Échelle des valeurs : de 1 (pas du tout capable) à 7 (tout à fait capable)

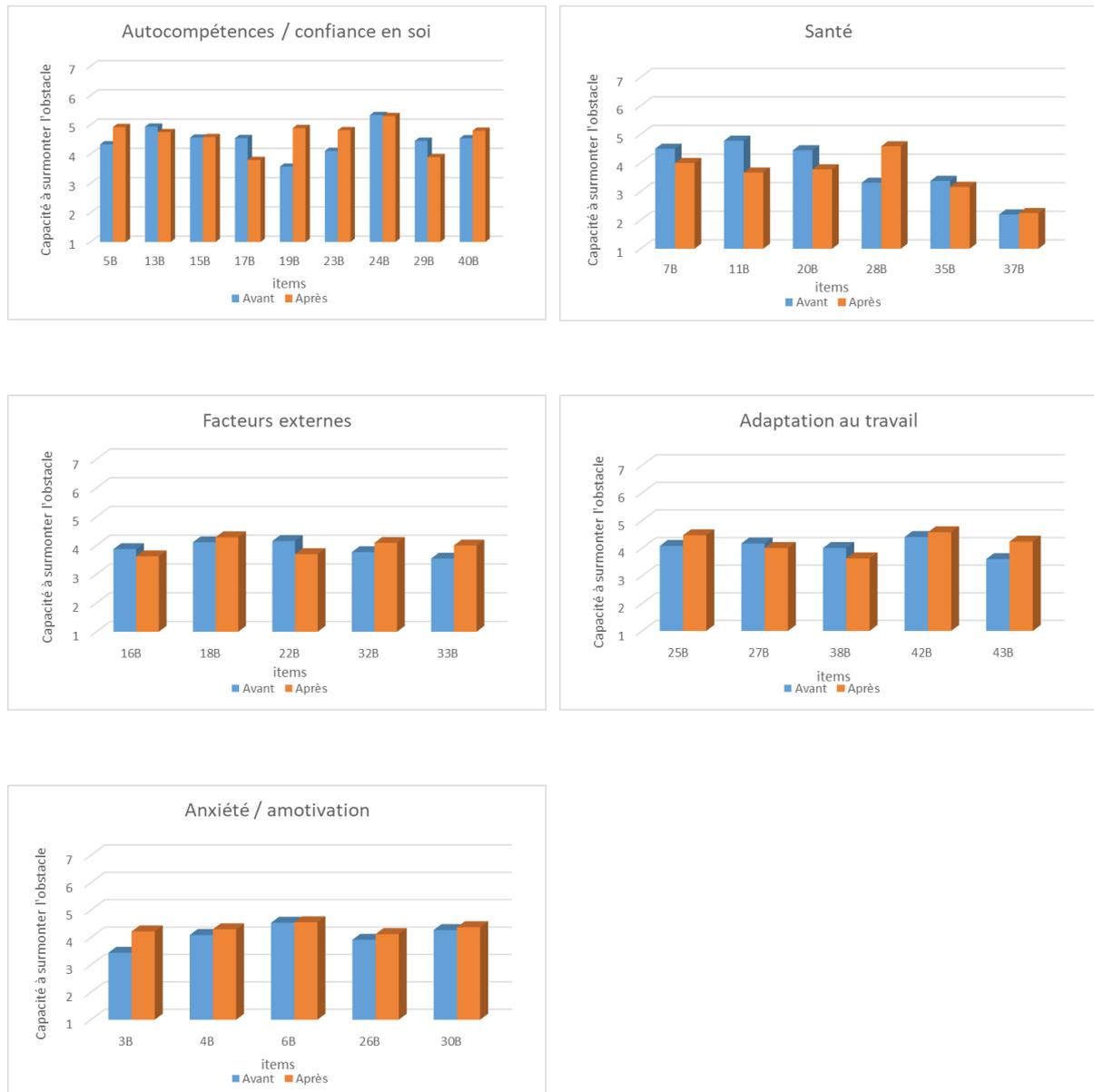


Figure 7: Sentiment de capacité à surmonter les obstacles, par item

### Evolution des participants

Les résultats présentés sont les valeurs moyennes sur les 56 items du questionnaire pour les questions A et B pour chacun des items, avant et après le programme.

Échelle des valeurs pour la question A : de 1 (ce n'est pas un obstacle) à 7 (c'est un gros obstacle)

Échelle des valeurs pour la question B : de 1 (pas du tout capable) à 7 (tout à fait capable)

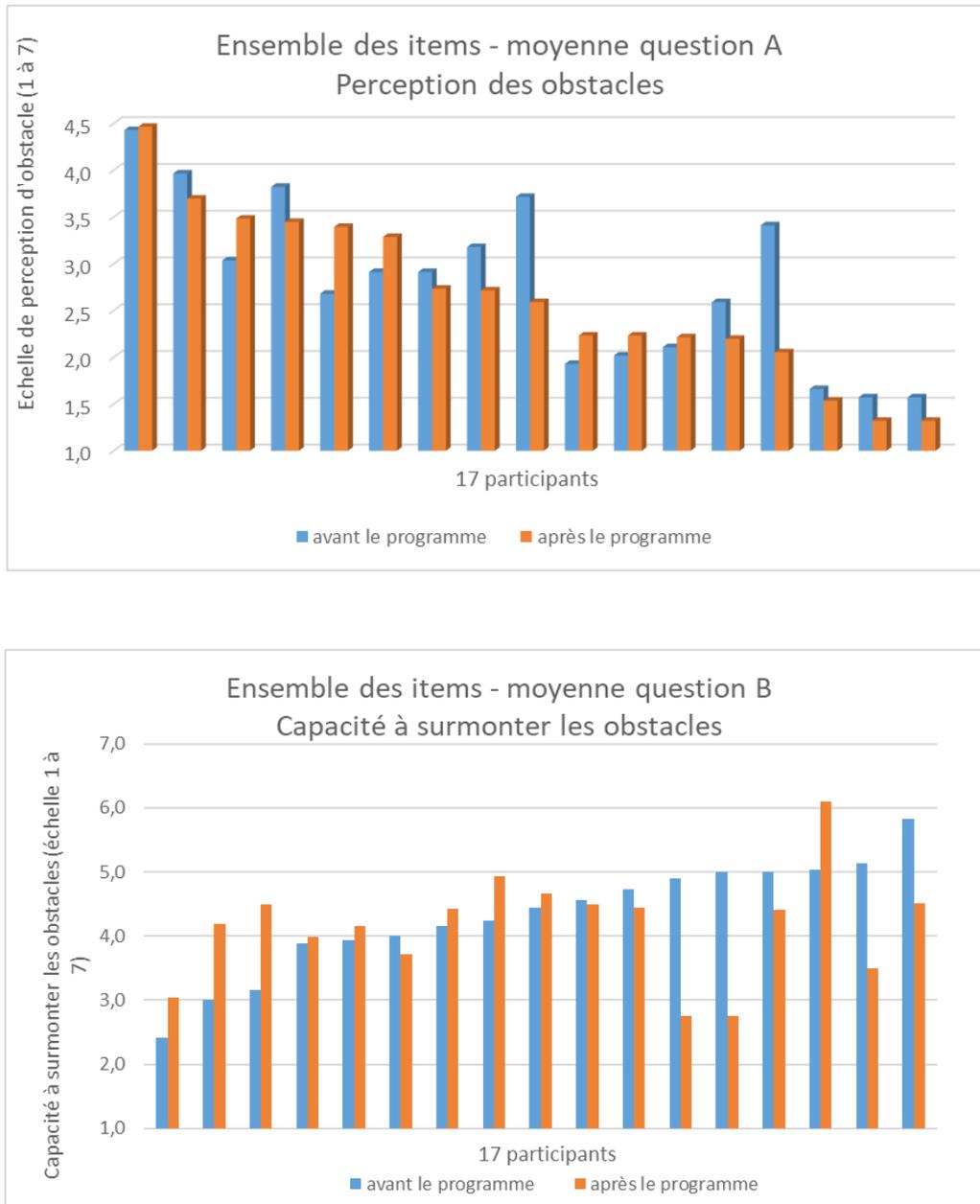


Figure 8: Evolution des participants (avant et après le programme)

## 5- Données démographiques sur les participants au programme

| sexe | âge | niv d'étude | Distance // à l'emploi                        | Nb S M1 /A   | Nb S M2 /B/C | bénéficiaire RQTH | points forts/postifs du programme  | points du programme à améliorer   | satisfaction d'avoir participé au programme   | bilan personnel du programme   |
|------|-----|-------------|---|--|--------------|-------------------|--|---|---|--|
| 1    | M   | 28 ans      | Niveau IV (bac S, niv 1ère année IUT (2009))  | n'a jamais travaillé                                   | 4            | 5                 | RQTH en cours de renouvellement, AAH<br>- M1 : outils d'ETP (photolangage, journée type), pertinence des thèmes abordés<br>- M2 : rencontres avec les structures extérieures, bon nombre de séances  | - M1 : pas assez de réflexions personnelles sur les motivations au travail, une séance en plus nécessaire<br>- M2 : pas assez de travail sur la confiance en soi, ou pour surmonter les obstacles identifiés par l'ORTES, amélioration des jeux de rôle                 | « satisfait car ça m'a permis de connaître la structure Job Coach et c'est motivant/ stimulant dans la recherche »  | « le contenu ne correspond pas à ce que le 1er entretien m'avait fait espérer, pas de projet professionnel personnel précis et concret ni d'aide par rapport aux obstacles »   |
| 2    | M   | 43 ans      | Niveau IV (bac pro vente)                     | 60 mois (conducteur poids lourds en 2013)              | 4            | 5                 | AAH, RQTH<br>- M1 : Informations précises sur la RQTH, les outils d'ETP utilisés (photolangage, baromètre du humeur, journée type), bon nombre de séances, pertinence des thèmes abordés, richesse des documents fournis<br>- M2 : les rencontres avec les structures extérieures, convivialité du groupe, bon nombre de séances                             | - M1 : pas d'idées des professions ou du type de poste plus adaptés aux handicaps psychiques<br>- M2 : mieux aborder les jeux de rôle, plus de réflexions personnelles sur les motivations à travailler   | « ou très »   | « J'envisage éventuellement une formation au CAP Tourmaise, j'ai aussi de l'intérêt pour le job coaching »<br>« Je me sens un peu équipée à entreprendre une démarche vers l'emploi et à travailler, j'ai aussi la perspective de me former. »   |
| 3    | F   | 25 ans      | Niveau IV (bac ES)                            | 72 mois (BTS économie sociale familiale en 2012)       | 4            | 5                 | AAH, pas de RQTH<br>- M1 : l'impact du travail dans une journée, bonne organisation des séances, pertinence des thèmes abordés, apport des documents fournis<br>- M2 : les rencontres avec les structures extérieures, les jeux de rôle, la convivialité du groupe, bon nombre de séances  | - M1 : différence entre le milieu ordinaire et le milieu protégé<br>- M2 : différence entre job coach et passerelle, pas de discussion autour des différents outils de recherche d'emploi   | « très satisfait, bonne convivialité dans le groupe avec beaucoup de bienveillance, libre prise de parole au cours des séances »  | « Je me sens un peu équipée à entreprendre une démarche vers l'emploi et à travailler, j'ai aussi la perspective de me former. »   |
| 4    | F   | 27 ans      | Niveau V (CAP Petite enfance (2012))          | 36 mois (stages (vente/administratif) en 2015)         | 4            | 5                 | AAH, RQTH<br>- M1 : convivialité du groupe, outils d'ETP (photolangage, journée type), infos précises sur RQTH, bon nombre de séances<br>- M2 : rencontre avec les différents organismes, bon nombre de séances  | - M1 : différence milieu ordinaire et protégé, comment parler de sa RQTH<br>- M2 : pas assez de débat autour de comment parler de sa maladie de façon positive  | « ou »  | « Module 2 » intéressant car concret, bilan positif de ma participation, bonne durée des séances »   |
| 5    | M   | 29 ans      | Niveau V (CAP Boucher (2011))                 | 72 mois (stages BP Boucher en 2012)                    | 4            | 5                 | AAH, RQTH<br>- M1 : contenu très complet, bon nombre de séances, pertinence des thèmes, documents riches en information<br>- M2 : la rencontre avec Passerelle pour l'emploi/job coach, clarté des contenus  | rien, tout était clair  | « ou »  | « J'ai compris que l'insertion professionnelle ne s'improvise pas. Besoin de préparation et d'accompagnement »<br>« ETP essentiel pour une personne qui est dans une démarche d'insertion professionnelle Apprentissage »<br>« connaissances »<br>« Bienveillance et interaction »<br>« Très positif » |
| 6    | F   | 30 ans      | Niveau V (bac L non obtenu)                   | 24 mois (vendeuse textile en 2016)                     | 4            | 4                 | Demande RQTH faite après participation au DGF<br>- M1 : infos sur la RQTH, diversité des outils d'ETP utilisés, bienveillance<br>- M2 : jeux de rôle, rencontre avec Passerelle pour l'emploi/job coach  | - M1 : il manque le témoignage de personnes ayant vécu ce type de parcours professionnel, passe un peu long entre le M1 et le M2, différents milieux de travail<br>- M2 : pas de rencontre avec CAP Emploi  | « ou »  | « ETP essentiel pour une personne qui est dans une démarche d'insertion professionnelle Apprentissage »<br>« connaissances »<br>« Bienveillance et interaction »<br>« Très positif »   |
| 7    | M   | 37 ans      | Niveau IV (bac ES)                            | 108 mois (chantier d'insertion en 2009)                | 4            | 4                 | AAH, RQTH<br>- M1 : échange, partage avec le groupe, pertinence des thèmes abordés, bon nombre de séances<br>- M2 : concret, rencontre avec les structures (surtout Passerelle/job coach)  | - M1 : contenu parfois trop dense des séances, trop peu de séances, évoquer les différents domaines de l'entreprise, délai trop long entre les 2 modules<br>- M2 : pourquoi pas une séance suppl. thème non abordé : comment faire des stages de découverte des métiers | « ou »  | « Ca m'a confronté à la problématique du travail. En discuter permet de mieux se projeter, ça devient plus concret »   |
| 8    | M   | 46 ans      | Niveau IV (bac D)                             | 180 mois (intérim en industrie en 2003)                | 4            | 4                 | AAH<br>- M1 : dynamisme du groupe, pertinence des thèmes abordés, documents utiles<br>- M2 : animation bienveillante, rencontres avec les structures extérieures   | - M1 : prévoir une séance supplémentaire<br>- M2 : "plan d'insertion personnalisée", manque d'infos sur le monde du travail   | « ou »  | « Ça m'a aidé, ça m'a donné des idées et une certaine motivation pour trouver des voies d'insertion »  |
| 9    | M   | 30ans       | niveau V (2nde (2005))                        | 12 mois (intérim en livraison/manutention 2008)        | 3            | 3                 | AAH, RQTH<br>- M1 : outils d'ETP (photolangage), bon nombre de séances, clarté des contenus<br>- M2 : rencontre avec les structures extérieures (CAP Emploi), connaissances acquises, bon nombre de séances  | - M1 : rien, hormis pertinence des abaques de Régnier lors de la dernière séance<br>- M2 : pas assez de jeux de rôle sur la simulation d'entretiens d'embauche  | « ou, je n'avais rien à perdre, le groupe m'a aidé à me sentir moins seul, à me "démarginaliser" »  | « avant le programme, j'avais un peu abandonné l'idée d'une formation et maintenant c'est un vrai projet que je vais mettre en place. Je vais essayer l'emploi accompagné. Je suis plus motivé à entreprendre mon projet. J'ai acquis des connaissances sur la RQTH et sur les formations. »           |
| 10   | M   | 32 ans      | Niveau II (Licence communication (2006))      | 30 mois (chargé de communication web 2013)             | 4            | 2                 | AAH<br>- M1 : échanges avec les participants, clarté et pertinence des contenus de séance<br>- M2 : rencontre avec les différentes structures extérieures, bon nombre de séances   | - M1 : une séance de plus aurait été bien pour mieux approfondir les expériences de chacun des participants<br>- M2 : manque de travail autour du CV et de la lettre de motivation  | « ou »  | « Je me suis rendu compte que ce n'était pas le bon moment pour moi de retravailler. Je pense plus m'investir dans des associations car je n'ai pas de pressions financières. J'ai une conscience de ma chance d'avoir de nbr soutiens, notamment financiers, par rapport aux autres participants »    |
| 11   | F   | 49 ans      | niveau II (DUT )                              | 6 mois (agent administratif via agence de prestataire) | 4            | 4                 | AAH, RQTH<br>- M1 : acquis de connaissances sur AAH, RQTH, intérêt des documents écrits fournis, Côté ludique des séances et des outils d'ETP utilisés. Richesse des contenus de séance<br>Echanges et témoignages entre participants. Bon nombre de séances<br>- M2 : rencontre avec les différents organismes  | - M1 : manque d'informations concrètes sur les formations<br>- M2 : il manque l'intervention de personnes des ressources humaines qui pourrait nous conseiller sur comment se présenter lors d'un entretien d'embauche  | « ou tout m'a plu, surtout la découverte des différentes structures spécialisées, mais aussi les documentations distribuées »   | « C'était intéressant, ça peut aider pas forcément tout de suite mais après quand on cherche un emploi. »  |
| 12   | F   | 51 ans      | -688216639                                    | 6 mois (garde enfants 2018)                            | 4            | 3                 | RQTH<br>- M1 : acquis des connaissances sur la RQTH /AAH et les différents milieux professionnels. Clarté des explications. Pertinence des contenus de séance. Bon nombre de séances.<br>- M2 : rencontre avec les différentes structures spécialisées dans l'emploi. Aide pour le CV.   | - M1 : manque d'informations concrètes sur les formations possibles<br>- M2 : contenu parfois trop dense des séances. Une séance supplémentaire aurait été appréciable pour prendre plus le temps   | « très satisfait »  | « Le programme m'a permis de rencontrer d'autres personnes ayant des situations similaires. Echanges enrichissant avec le groupe. Gain de motivation pour faire une formation ou rechercher un travail. M'a permis de préciser mes envies et mon projet »  |
| 13   | M   | 32 ans      | Niveau VI (brevet des collèges)               | 60 mois (ESAT – espace vert en 2013)                   | 4            | 4                 | AAH<br>- M1 : outils d'ETP (journée type de travail), pertinence des thèmes abordés, bon nombre de séances, intérêt des documents écrits fournis<br>- M2 : les rencontres avec les structures extérieures, bon nombre de séances.  | - M1 : pas assez de discussion autour du travail en milieu ordinaire, ni sur les métiers accessibles sans formation ou diplôme<br>- M2 : rien   | « ou »  | « J'ai acquis plein de connaissances sur le handicap. J'ai surtout apprécié le M2, pour son aspect concret. Ça va m'aider à chercher un travail. Je me sens moins perdu, même si je ne sais pas encore quoi faire. Je souhaite retourner probablement vers une formation. »                            |
| 14   | M   | 45 ans      | niveau IV (BTS action commerciale non obtenu) | 36 mois (cariste en 2015)                              | 4            | 4                 | AAH en cours de demande, RQTH<br>- M1 : les connaissances acquises au sujet de la RQTH, les outils d'ETP (journée type), bon nombre de séances, pertinence des contenus et utilisation des documents fournis<br>- M2 : les rencontres avec les différents organismes spécialisés dans l'accompagnement, les différents points clés d'un entretien d'embauche | - M1 : rien<br>- M2 : rien  | « ou très bien »  | « Je me sens satisfait et encouragé à avancer, ça a boosté ma motivation. Le fait de savoir que l'on peut être accompagné aide à se lancer dans la recherche d'emploi. Et c'est beaucoup plus motivant. »  |
| 15   | F   | 35 ans      | niveau V ( bac pro commerce non obtenu)       | 6 mois (COD en vente en 2018)                          | 4            | 4                 | RQTH<br>- M1 : échanges entre participants, outils d'ETP (photolangage, abaques de Régnier). Bon nombre de séances et pertinence du contenu des séances.<br>- M2 : rencontre avec les différents organismes, abord plus concret des thématiques, gain de motivation. Bon nombre de séances.  | - M1 : rien<br>- M2 : intervention d'une personne des ressources humaines pour avoir des aides concrètes pour savoir quoi répondre à des questions de futurs employeurs. Pas d'informations sur les domaines professionnels qui recrutent le plus.                      | « Ou, je suis contente, ça m'a remis dans le bain. Ça m'a motivé, je suis déterminé vers qui me tourner. Je me sens soutenu. Ça m'a permis de dédramatiser, je ne me vois plus seulement comme une personne « malade ». » | « J'ai changé d'avis sur le fait de parler de ma RQTH. Je choisis mon employeur, »   |
| 16   | F   | 36 ans      | Niveau II (Licence (2013))                    | n'a jamais travaillé                                   | 4            | 2                 | RQTH et AAH en cours<br>- M1 : acquis des connaissances théoriques sur la RQTH, outils d'ETP (journée de travail type), échanges entre participants. Bon nombre de séances. Pertinence des contenus abordés.<br>- M2 : rencontres avec les structures extérieures  | - M1 : rien<br>- M2 : rien  | « ou »  | « J'arriverai dorénavant plus facilement à me diriger quand j'aurai ma RQTH. J'ai repris confiance en moi par rapport à l'emploi. »  |
| 17   | F   | 19 ans      | niveau V (2nde)                               | 12 mois (stages pour CAP coiffure en 2017)             | 4            | 2                 | AAH et RQTH<br>- M1 : apport des connaissances théoriques sur la RQTH, apport du collectif, outils d'ETP ludiques (journée type de travail). Clarté des documents écrits fournis.<br>- M2 : échanges avec les autres participants, acquis des différentes connaissances sur les milieux professionnels.  | - M1 : durée de séance parfois un peu trop longue. Pas d'informations sur les stages en milieu protégé.<br>- M2 : rien  | « Ou c'est enrichissant d'être dans un groupe et de pouvoir partager ses expériences. Le fait d'être encadrée par des intervenants m'a apporté des connaissances »  | « Je me suis réinscrite au SEAP. Le module 2 m'a motivé »  |

NOM : GAY

PRENOM : MARIE

**Titre de Thèse :** Insertion professionnelle et handicap psychique : création d'un programme d'éducation thérapeutique au sein du CHU de Nantes.

Etude observationnelle des effets sur le sentiment d'efficacité pour surmonter les obstacles liés à l'emploi.

---

## RESUME

La loi n°2005-102 de 2005 a permis la reconnaissance du terme handicap psychique et ainsi réaffirmé les droits, notamment pour l'emploi, des personnes souffrant de ce handicap. On admet que 20% des demandeurs d'emploi handicapés relèvent de troubles psychiques. Dans ce contexte, nous avons élaboré et mis en œuvre au sein du CHU de Nantes un programme d'éducation thérapeutique afin de favoriser l'insertion ou la réinsertion de personnes souffrant de handicap psychique. Une étude observationnelle a été réalisée en utilisant le questionnaire OITES, présentant 56 obstacles potentiels à l'insertion au travail. Avec les réponses des participants en début et fin du programme, il ressort que 2/5 des obstacles apparaissent réduits après le programme. L'ensemble des obstacles regroupés dans les 5 dimensions du questionnaire sont perçus de manière égale montrant la pertinence de leur traitement au sein du programme.

---

## MOTS-CLES

Handicap psychique, Insertion professionnelle, Education thérapeutique, questionnaire OITES