

## LISTE DES ABREVIATIONS

A : apprenti

AAH : allocation aux adultes handicapés

Agefiph: Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

Aira : atelier intersectoriel de réadaptation en milieu agricole

Alpha : Association ligérienne pour personnes handicapées adultes

AMPR : Association mondiale de réhabilitation psychosociale

API : Action pour l'insertion

ARE : allocation d'aide au retour à l'emploi

ASS : allocation de solidarité spécifique

Club Arihm : Action, recherche, insertion et handicaps psychiques ou mentaux

BC : bilan de compétences

BEP : brevet d'études professionnelles

BPA : brevet professionnel agricole

BEPC : brevet d'études du premier cycle

BTS : brevet de technicien supérieur

CAP : certificat d'aptitude professionnelle

CAPA : certificat d'aptitude professionnelle agricole

CAP-CAT : centre d'attente de placement en centre d'aide par le travail

CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CDD : contrat à durée déterminée

CDI : contrat à durée indéterminée

CES : chèque emploi service

Cesame : Centre de santé mentale angevin

CIF : classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

CMP : centre médico-psychologique

Crehpsy : centre ressource handicap psychique

CRP : centre de rééducation professionnelle

DIM : département d'information médicale

DPI : démarche précoce d'insertion

DUT : diplôme universitaire de technologie

EA : entreprise Adaptée  
EEP : Entreprise d'entraînement pédagogique  
EMC : entraînement métacognitif  
EMT : évaluation en milieu de travail  
Esat : établissement et service d'aide par le travail  
Esehp : équipe spécialisée d'évaluation du handicap psychique  
Etahp : équipe territoriale d'appui aux personnes en situation de handicap psychique  
ETP : éducation thérapeutique du patient  
FSI : fond spécial d'invalidité  
Insee : Institut national de la statistique et des études épidémiologiques  
IPS : « individual placement and support »  
MDA : Maison départementale de l'autonomie  
MES : mise en situation  
MFAM : Mutualité française Anjou-Mayenne  
MLE : Mission lombalgie emploi  
MO : milieu ordinaire  
MP : milieu protégé  
MPR : médecine physique et de réadaptation  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
PPS : prestation ponctuelle spécifique  
QSE : qualité sécurité environnement  
RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé  
RSA : revenu de solidarité active  
SES : section d'éducation spécialisée  
Simot : Service d'insertion en milieu ordinaire de travail  
SSR : soins de suite et de réadaptation  
TRC-EHAO : thérapie de remédiation cognitive par entraînement hiérarchisé assisté par ordinateur  
Ucéo : unité de conseil d'évaluation et d'orientation  
Uéros : unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle

## PLAN

1. Introduction.....	page 12
2. Matériel et méthodes.....	page 16
3. Résultats.....	page 24
4. Discussion.....	page 36
5. Conclusion.....	page 50
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	page 53
TABLE DES MATIERES.....	page 65

## **1. Introduction**

Les troubles psychiatriques constituent un enjeu de santé publique, notamment de par leur prévalence, leur gravité, ainsi que par les coûts (directs et indirects) engendrés.

En effet, au niveau mondial, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au vingt-et-unième siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs (1). Sur une population de français de 65 millions de personnes, 12 millions souffrent d'au moins un trouble psychiatrique, soit 18 % de la population (près d'un français sur cinq est concerné) (2). De plus, les troubles psychiatriques sont généralement associés à une forte mortalité ; en France, ils sont responsables de 12 000 morts par suicides, auxquels s'ajoutent la surmortalité non suicidaire (accidentelle, consommation de tabac, d'alcool et de drogues) (3,4). Aux premiers rangs des causes mondiales de handicap, avec les pathologies cardiovasculaires et musculo-squelettiques, ils sont source d'incapacités lourdes ainsi que d'une qualité de vie altérée pour les personnes atteintes et leurs proches. Les troubles mentaux engendrent aussi de l'exclusion ; un tiers des personnes sans abri souffre de troubles psychiques graves (5,6). Par ailleurs, ils génèrent des coûts économiques importants, en raison, par exemple, d'une moindre productivité des entreprises, d'une participation à l'emploi plus faible ou encore des coûts supportés par les individus, les familles et les communautés qui y sont confrontés (7). Les coûts indirects représentent 24 milliards d'euros de perte de productivité et 65 milliards d'euros de perte de qualité de vie ; le coût total de la pathologie mentale est estimé à 109 milliards d'euros par an (2). En France, les maladies psychiatriques constituent le deuxième motif d'arrêt de travail et la première cause d'invalidité (8-10).

D'autre part, bien que ces chiffres puissent varier en fonction des systèmes sociaux, des taux de chômage et des cultures, 70 à 90 % des personnes souffrant de schizophrénie et d'autres troubles mentaux graves dans le monde sont sans emploi, alors que la majorité de ces personnes (70 % selon l'OMS) aimerait en détenir un (1,11-13). D'après le manifeste de réhabilitation psychosociale, les taux d'activité des personnes souffrant de troubles psychotiques sont, partout dans le monde, de l'ordre de 10 % pour le travail en milieu ordinaire, et d'environ autant pour le travail en milieu protégé (14). Or, le travail est un droit fondamental (11,15) et il semble avoir de multiples effets bénéfiques pour ces personnes, de même que pour la population générale sur : leur estime de soi, leur qualité de vie, leur santé

mentale (réduction des symptômes et du nombre de jours d'hospitalisation), leur niveau de fonctionnement social et sur leur satisfaction financière (11,12,16). Ainsi, malgré ces bénéfices et l'intérêt des personnes pour le travail, leur taux d'activité tend à être bas.

Face à cet enjeu de société, se posent les questions de l'insertion socioprofessionnelle et de la prise en charge des personnes fragilisées par des troubles psychiques persistants. L'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap consécutif à des troubles psychiatriques, désormais qualifié de handicap psychique, est un sujet d'actualité pour un ensemble de raisons. En effet, ces dernières années ont été marquées par plusieurs phénomènes : les soins psychiatriques ont évolués (progrès pharmacologiques et psychothérapeutiques, sectorisation et expansion des structures alternatives, raccourcissement des prises en charges hospitalières<sup>1</sup>) et les pratiques de réhabilitation psychosociale se sont développées en France. D'autre part, les évolutions réglementaires signent la volonté des législateurs de rendre acteur la personne fragilisée et de l'aider à s'intégrer<sup>1234</sup>. La loi de 2002<sup>3</sup>, relative aux droits des usagers et des malades, donne une place centrale à l'usager autour duquel s'articulent l'ensemble des acteurs de sa prise en charge. Sur le plan social, après l'introduction d'une nouvelle approche du « handicap » par la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (17), la loi du 11 février 2005<sup>4</sup>, en définissant pour la première fois le handicap psychique, reconnaît et prend en compte le handicap lié aux troubles psychiques. Celle-ci, dont bénéficient maintenant, au titre du handicap psychique, certaines personnes présentant des troubles psychiatriques sévères, prend notamment des dispositions relatives à l'accueil, à l'emploi et à l'intégration des personnes handicapées. Enfin, les pouvoirs publics et des associations se mobilisent afin de favoriser l'intégration au travail de ces personnes. Depuis 2005, le handicap psychique prend place dans les politiques publiques, comme le montrent les divers plans mis en œuvre et les travaux spécifiques conduits relatifs à l'évaluation des handicaps d'origine psychique (5,18-23). Des dispositifs dédiés aux personnes handicapées sont mis en place et des services spécifiques aux « situations de handicap psychique » sont proposés (Cap-emploi, prestation ponctuelle spécifique (PPS)). Des structures d'aide à l'insertion sociale et professionnelle pour ces personnes se développent.

---

<sup>1</sup> Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

<sup>2</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>3</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

<sup>4</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Enfin, les enjeux de participation sociale et de citoyenneté, de (ré)insertion, et de compensation pour toutes les personnes qui subissent un handicap du fait des retentissements dans leur vie et leur autonomie d'un trouble de santé mentale visés par les divers textes précédemment évoqués sont pleinement intégrés dans une pratique de santé mentale émergente : la réhabilitation psychosociale. Celle-ci est définie dans le « Manifeste de Réh@b' » comme « un ensemble d'actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques dans le cadre d'un processus visant leur autonomie et leur indépendance dans la communauté » (14). Les pratiques de réhabilitation psychosociale se développent afin de répondre à cette problématique d'intégration dans la communauté des personnes souffrant de troubles de santé mentale persistants. Elles sont plurielles et complémentaires et, quelle que soit leur nature, elles répondent aux mêmes concepts fondamentaux propres à ce mouvement, né dans un contexte de désinstitutionalisation (24). Le cadre conceptuel en est bien établi ; il s'agit du modèle, bio-psycho-social, « vulnérabilité-stress-compétences adaptatives », celui-ci intégrant selon une causalité circulaire des facteurs tant biologiques, psychologiques que socio-environnementaux dans l'apparition et l'évolution de la maladie psychiatrique (25,26). Les valeurs clefs et les principes de base en sont clairement identifiés (27-29). L'Association mondiale de la réhabilitation psychosociale (AMRP) énonce, en 1996, conjointement avec l'OMS, les principaux objectifs et grands axes de la réhabilitation psychosociale. Les objectifs de ce mouvement sont bien ceux de l'intégration et de l'insertion socio-professionnelle (30).

En Maine et Loire, à Angers, une structure intersectorielle de réhabilitation psychosociale, Orion 49, propose aux personnes adultes dites « en situation de handicap psychique » des interventions visant à favoriser leur insertion sociale et/ou professionnelle. Ce dispositif, créé en 2006, trouve son origine dans l'élargissement de l'offre de soin du Centre de santé mentale angevin (Cesame) et s'inscrit dans les courants du rétablissement et de la reprise du pouvoir d'agir, concepts fondateurs de la discipline (31,32). Des moyens et des outils adaptés aux besoins ainsi qu'à la demande des usagers sont mis en œuvre au sein de la structure afin de remplir les missions d'accueil et d'évaluation, d'aide à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un projet de réhabilitation individualisé, ainsi que de soutien et de veille. Une équipe pluridisciplinaire guide les usagers dans leurs démarches et les accompagne dans leur parcours d'insertion. Le suivi médical reste assuré par le médecin référent de chaque personne. Les approches utilisées, individuelles ou de groupe, sont centrées sur l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et l'entraînement aux habiletés sociales, l'évaluation et

l'entraînement des troubles cognitifs (remédiation cognitive) ainsi que sur l'intégration au milieu de travail (évaluation des compétences professionnelles et mise en situation professionnelle). Par ailleurs, un réseau de partenaires locaux permet aux professionnels de la structure de répondre aux besoins des usagers par la mise en œuvre et la coordination des actions préalablement identifiées.

Une des interventions proposée par le dispositif Orion 49 consiste en une remobilisation des usagers autour de leur projet individuel ; il s'agit de redynamiser, de façon pluridisciplinaire et dans le cadre d'une prise en charge de groupe standardisée, chaque usager autour d'un projet de vie qui lui est propre (retour au travail, participation sociale, soin). Ainsi, chaque trimestre, depuis la création du dispositif, trois à huit personnes, constituant un « groupe de remobilisation », sont admises sur un programme original de réhabilitation psychosociale. Il s'agit d'une approche combinée, développée par la structure Orion 49. Celle-ci représente aussi, pour l'équipe du service, un temps d'évaluation de la situation de handicap de chaque usager et elle a pour objet, au terme des trois mois de prise en charge, la construction d'un projet individuel de réhabilitation (ou projet de vie).

Dans un contexte de redéfinition des missions, avec la création d'un centre ressource handicap psychique (Crehpsy) et la mise en place d'une équipe territoriale d'appui aux personnes en situation de handicap psychique (Etahp), d'évolutions des pratiques, et de montée en charge de la structure, nous avons souhaité évaluer le devenir professionnel des personnes prises en charge jusqu'alors (selon la modalité rapportée ci-dessus). En effet, le dispositif ne dispose à ce jour d'aucunes données chiffrées en ce qui concerne les personnes accueillies.

L'objectif de ce travail était pluriel. L'objet principal était de décrire le parcours d'insertion et le devenir professionnel de personnes souffrant de troubles psychiques deux ans après leur participation au programme de réhabilitation psychosociale évoqué ci-dessus, ainsi qu'au cours des deux années suivant le programme. Secondairement, il s'agissait d'appréhender les déterminants influant l'insertion professionnelle de cette population. Le troisième objectif de cette étude était d'engager une réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour faciliter l'intégration professionnelle mais aussi le maintien en emploi de ces personnes. Enfin, ce travail avait pour but de sensibiliser les acteurs, notamment de santé au travail, à la problématique que constitue l'insertion professionnelle des personnes dites en situation de handicap psychique.

## **2. Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur des adultes souffrant de troubles psychiques qui ont suivi et terminé un programme de réhabilitation psychosociale entre novembre 2006 et juillet 2011. Celui-ci a été conduit au sein d'une structure extrahospitalière du Cesame, située à Angers, Orion 49.

Les analyses quantitatives ont été complétées par une étude qualitative à partir de vignettes cliniques [Annexes 1 à 5].

### **2.1. Matériel**

- Le service Orion 49 et le programme de réhabilitation

Entre juillet 2006, mois d'ouverture de la structure, et avril 2011, près de 155 personnes dites « en situation de handicap psychique » ont été accueillies par le dispositif Orion 49, quelle que soit la nature de la demande initiale (prise en charge des troubles cognitifs, insertion sociale, insertion professionnelle). L'objet du service est de répondre à la demande d'insertion des usagers en les aidant à la construction et à la mise en œuvre d'un projet individuel de réhabilitation psychosociale, ou projet de vie. Ces derniers présentent des troubles psychiatriques entraînant, ou susceptibles d'entraîner, une situation de handicap psychique. Ces personnes sont principalement adressées vers le service par du personnel soignant (Cesame ou psychiatre privé), des travailleurs sociaux (secteur psychiatrique, établissements et services médico-sociaux, etc.), ou encore par des professionnels de l'insertion (service Action pour l'insertion (API), Pôle-emploi, etc.). L'orientation vers le dispositif fait fréquemment suite à des soins psychiatriques publics (hospitalisation(s) au Cesame). Les usagers bénéficient d'un parcours personnalisé au sein du dispositif Orion 49 : les pratiques de réhabilitation mises en œuvre ne sont pas exclusives mais complémentaires et le choix du service offert est fait selon les objectifs et la demande de l'individu pris en charge. Le service propose alors plusieurs modalités d'interventions, individuelles ou en groupe, telles que : un atelier d'entraînement aux habiletés sociales, de la remédiation cognitive, des méthodes psychoéducatives, un atelier « estime de soi », un programme d'entraînement aux habiletés métacognitives, des entretiens motivationnels ou un accompagnement professionnel



individuel. L'équipe pluridisciplinaire du dispositif se propose d'agir sur le rétablissement des personnes prises en charge et de les accompagner dans leur parcours d'insertion via un travail en réseau.

Dès lors qu'un désir de (ré)insertion sociale et/ou professionnelle est exprimé par une personne, la question de son admission sur un « groupe de remobilisation » se pose. Cette intervention de réhabilitation trouve alors sa place dans la continuité d'un parcours de soins, parfois long, ou encore après des échecs de tentatives d'insertion antérieures.

Ainsi, trimestriellement, à l'exclusion de la période estivale, depuis la création du dispositif, trois à huit personnes bénéficient d'une prise en charge de groupe dans le cadre d'un programme de réhabilitation psychosociale. Les usagers rencontrent, avant le début du programme, l'équipe chargée de les prendre en charge lors d'entretiens individuels initiaux d'évaluation ; la décision d'inclusion est prise à l'issue de ces premières entrevues, au cours d'une réunion pluridisciplinaire hebdomadaire. Les personnes sont préalablement informées du déroulement du programme. Cette période de remobilisation vise l'élaboration d'un projet de vie, social et/ou professionnel, individuel, intégrant des objectifs de soin, autour duquel chaque personne est redynamisée. Elle constitue aussi, pour les encadrants, un temps d'évaluation des capacités et des difficultés des usagers.

L'équipe prenant en charge les usagers comprend un cadre de santé, un médecin psychiatre, deux infirmiers, un psychologue clinicien, ainsi qu'un conseiller en insertion professionnelle (missionné par le service API de l'Association ligérienne pour personnes handicapées adultes (Alpha), Alpha-API).

Les personnes admises dans un « groupe de remobilisation » sont :

- des adultes en situation de handicap psychique (reconnu ou non) ;
- des usagers ayant une demande d'insertion sociale et/ou professionnelle, voire de formation ;
- des usagers exprimant le besoin d'accompagnement dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet individuel de vie ;
- des usagers connaissant le diagnostic de leur maladie et bénéficiant d'un suivi médical à l'extérieur à la structure (médecin référent) ;
- des usagers acceptant de participer au programme sous forme de contrat tacite.

Le programme de remobilisation consiste en une approche combinée alliant plusieurs interventions de groupe. Il se déroule sur une durée de douze semaines, à raison de deux heures de prise en charge quotidienne, cinq jours par semaine. Les cinq ateliers suivants, à raison d'un atelier par jour, sont animés par les professionnels de la structure, avec parfois le concours de partenaires extérieurs :

- atelier « entraînement aux habiletés sociales » dont le but est de travailler sur l'autonomie et d'améliorer le fonctionnement social des individus ;
- atelier « découverte de l'environnement proche et artistique » : ouverture à des activités de loisirs et des associations accessibles sur Angers ;
- atelier « psychoéducation » : délivrance d'une information sur la maladie, son origine, ses symptômes, son évolution et son traitement (via l'utilisation d'un support informatique, le logiciel Soleduc®) ;
- atelier « cyber-centre » : apprendre à utiliser l'outil informatique et édition d'un journal à la fin de chaque session ;
- atelier « professionnel » : informer les personnes sur les possibilités d'insertion professionnelles (milieux de travail, formations) et les droits relatifs à l'emploi.

Durant ces trois mois de prise en charge de groupe, les personnes sont soutenues par une équipe pluridisciplinaire de soin, en partenariat avec le service Alpha-API, dans l'élaboration de leur projet individuel de vie. Au terme de la période de remobilisation, un bilan est effectué, en présence de la personne concernée et du (ou des) référent(s) de son choix. Lors de cette synthèse, les objectifs de la personne sont déclinés selon un projet de vie comprenant trois volets : un premier, social, un second, professionnel puis un dernier volet intégrant les objectifs de soin. Des préconisations sont faites par l'équipe pluridisciplinaire afin de répondre aux objectifs et aux souhaits de l'utilisateur. Les mesures et les moyens à mettre en œuvre sont définis : Quoi ? Par qui ? Quand ? Comment ? Les relais nécessaires sont faits vers les acteurs partenaires du dispositif. Un accompagnement individuel sur la structure peut être mis en place et un bilan peut être transmis aux organismes partenaires (Maison départementale de l'autonomie (MDA), etc.).

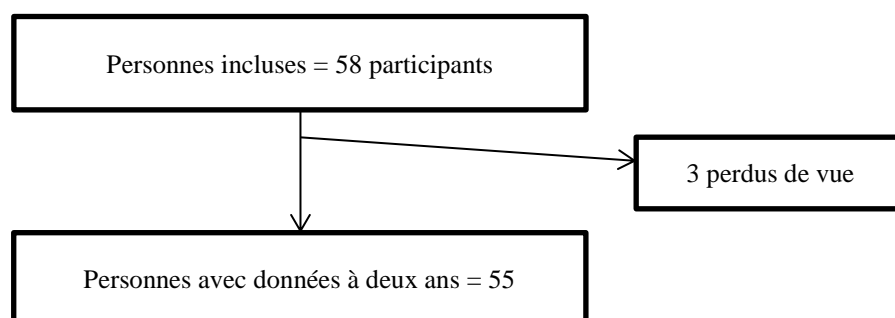
En outre, d'autres interventions de réhabilitation psychosociale peuvent être proposées, selon les besoins de l'utilisateur ; celles-ci peuvent être conduites préalablement ou bien dans les suites de la période de remobilisation. Certaines personnes ont alors bénéficié, au cours de leur prise en charge sur la structure d'un réentraînement des fonctions cognitives. Cette remédiation

cognitive, conduite par un infirmier, a été effectuée via un outil informatique, le programme RehaCom®, à raison de deux séances individuelles hebdomadaires, d'une durée d'une heure chacune. Durant sept semaines, soit 14 séances, sont rééduquées les fonctions cognitives suivantes : l'attention/concentration, la mémoire topologique, le raisonnement logique et les fonctions exécutives (via un exercice de shopping virtuel).

En ce qui concerne RehaCom® (Hasomed GmbH (Inc,Ltd) ;1996), il s'agit d'une interface informatisée initialement conçue pour la rééducation neurocognitive de patients souffrant de lésions cérébrales (33). Ce programme de traitement assisté par ordinateur a été adapté au travail auprès de patients schizophrènes. La thérapie de remédiation cognitive par entraînement hiérarchisé assisté par ordinateur (TRC-EHAO) vise à stimuler les fonctions cognitives énoncées précédemment, à l'aide de différents modules spécifiques proposant différents niveaux de difficulté (quatre modules utilisés).

- Population de l'étude

Dans cette étude, ont été incluses, les 58 personnes dont la participation à la session de remobilisation avait été validée lors d'une réunion de synthèse pluridisciplinaire et qui avaient eu un bilan de fin de session (programme suivi et terminé). Ces usagers avaient participé à un « groupe de remobilisation » entre le 6 novembre 2006 (date de début de session) et le 1 juillet 2011 (date de fin de session), soit 11 groupes [Annexe 6]. Un recul minimum de deux ans semblait suffisant. En effet, la variabilité et le caractère évolutif des statuts professionnels ainsi que la latence des démarches administratives limitent l'intérêt des évaluations à court terme. Les participants avaient été retenus à l'issue d'entretiens initiaux d'évaluation médicaux, infirmiers, psychologiques et professionnels. Le déroulement du programme a été précédemment décrit (Figure 1).



**Figure 1.** Diagramme de flux de l'étude.

## 2.2. Méthodes

Le recueil de données s'est déroulé rétrospectivement, de novembre 2012 à juillet 2013, à partir des dossiers médicaux des participants ; il s'agissait des dossiers disponibles dans le service Orion 49 ainsi que des données disponibles dans les dossiers médicaux informatisés des usagers. Des informations ont été recueillies auprès des professionnels d'Orion 49. Les données recueillies ont été validées avec l'équipe de la structure, notamment en ce qui concerne les orientations proposées et le devenir des personnes. Les données relatives à la prise en charge psychiatrique sur le Cesame ont été obtenues auprès du département d'information médicale (DIM). Ce recueil d'informations comprenait plusieurs parties.

En ce qui concerne les dates des périodes de remobilisation, ont été considérés, comme date de début et date de fin de chaque session, le premier et le dernier jour des semaines durant lesquelles la prise en charge avait eu lieu.

Concernant les données générales lors de l'admission dans un groupe, étaient recueillies :

- les caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, situation familiale, lieu de vie, mesure de protection, revenus, droits ouverts auprès de la MDA, comprenant les demandes en cours d'instruction (allocation aux adultes handicapés (AAH), reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), orientation professionnelle (une orientation professionnelle vers le milieu protégé valant RQTH)) ;
- les caractéristiques cliniques : diagnostic, antécédent d'hospitalisation, année de la première hospitalisation, date de sortie de la dernière hospitalisation à temps plein ;
- les données professionnelles : niveau de formation, parcours professionnel (histoire professionnelle antérieure ou récente (inférieure à cinq ans), délai depuis le dernier emploi, durée cumulée d'activité professionnelle).

Le délai moyen depuis la dernière hospitalisation a été calculé à partir de la date de sortie de la dernière hospitalisation (nombre d'années moyen entre cette dernière date et la date de début du programme). La date de sortie d'hospitalisation a été déterminée d'après le dossier de l'utilisateur ainsi que d'après les dates saisies informatiquement par le DIM, pour les personnes prises en charge sur le Cesame. Par convention, lorsque seul le mois, ou l'année, d'hospitalisation était connu, le calcul a été effectué à partir du premier jour du mois ou de l'année. Le délai moyen depuis la première hospitalisation a été calculé à partir du premier

janvier de l'année correspondante (nombre d'années moyen entre cette dernière date et la date de début de session).

Différents temps d'évaluation ont été déterminés:

- T-3 mois, correspondant à l'admission dans un groupe de remobilisation ;
- T+0, correspondant à la fin d'une session ;
- T+6/9/12/18 et 24 mois, correspondant aux différents temps après la fin de chaque session.

En ce qui concerne la prise en charge au sein du dispositif Orion 49, les données recueillies concernaient :

- la prescription éventuelle d'une remédiation cognitive, que la conduite de celle-ci ait débutée avant ou après la session de remobilisation ;
- les préconisations faites au terme des 3 mois de prise en charge : orientations envisagées, en tenant compte des souhaits de la personne.

En ce qui concerne le devenir professionnel, plusieurs variables ont été définies :

- le fait d'avoir travaillé au moins un jour au cours des deux ans qui ont suivi la fin de la période de remobilisation ;
- le fait d'avoir travaillé au moins un jour au cours de la première année qui a suivi la participation au programme ;
- le fait d'avoir travaillé au moins un jour au cours de la deuxième année qui a suivi la participation au groupe de remobilisation ;
- la situation professionnelle des usagers respectivement à 6, 9, 12, 18 et 24 mois après la fin de la session.

Un emploi, ou bien un travail, a été défini comme une activité professionnelle rémunérée en milieu ordinaire de travail (y compris en entreprise adaptée) ou en milieu protégé (établissement et service d'aide par le travail (Esat)). Une personne a été considérée comme ayant travaillé dès lors que le mot « travail », et/ou le verbe « travailler », étaient inscrits dans son dossier, quel que soit le milieu d'activité (ou le statut de l'emploi). La date d'obtention du premier emploi était recueillie. Par convention, le premier jour du mois a été considéré en cas de date incomplète. Le délai d'obtention du premier emploi a été calculé à partir de la date de fin de session (nombre moyen de mois séparant la fin du programme et le premier jour travaillé). Le début des périodes d'activité en Esat a été fixé à la signature du contrat de

soutien et d'aide par le travail ; la période d'essai n'a pas été considérée comme un emploi. Dans la mesure du possible, des informations relatives au type (milieu, poste, statut) et la durée des emplois occupés étaient recueillies.

D'autres critères d'évaluation relatifs au parcours d'insertion étaient recueillis :

- les formations suivies : reprise des études, entrée en formation, passage d'examens ;
- les périodes de mise en situation professionnelle : stages non rémunérés en entreprise (évaluations en milieu de travail (EMT), et autres stages), stages et périodes d'essai en milieu protégé (Esat ou centre d'attente de placement en centre d'aide par le travail (CAP-CAT)), activités en atelier thérapeutique ou en centre de réadaptation ;
- les bilans de compétences conduits et identifiés comme tels ;
- le fait d'avoir entrepris au moins une action visant à la réinsertion professionnelle au cours des deux ans qui ont suivi la fin du programme.

Sous le vocable « démarche d'insertion » ont été regroupées les actions suivantes : accès à l'emploi, mise en situation professionnelle en milieu ordinaire ou protégé de travail, entrée en formation/reprise d'études, bilan de compétences. Les activités en atelier thérapeutique ou en centre de réadaptation ont été considérées comme des démarches visant à l'insertion.

En ce qui concerne les soins psychiatriques, des données relatives au nombre de jours de prise en charge sectorielle (pour chaque usager et selon les différents types de prise en charge) dans l'année ayant précédé, pendant la période de remobilisation, mais aussi au cours de la première et de la deuxième année ayant suivi la fin des « groupes de remobilisation » ont été obtenues auprès du DIM du Cesame.

### 2.3. Analyses statistiques :

L'ensemble des informations recueillies ont été saisies sous Excel, puis traitées avec le logiciel Epi Info ou SAS (« statistical analysis system ») ; des analyses complémentaires ont également été effectuées à partir du site internet « BiostaTGV ».

Les données manquantes n'ont pas été prises en compte lors des analyses.

Les données quantitatives sont présentées sous formes de moyennes et d'écart-types, ainsi que sous forme de durées médianes (pour les périodes d'activités).

La comparaison des taux d'activité avant-après la session de remobilisation a été réalisée à l'aide du test de Mc Nemar.

Les potentielles variables explicatives de la présence au travail 24 mois après la session de remobilisation et de l'exercice d'une activité au cours des deux ans qui avaient suivi la fin du programme ont été recherchées grâce à des tests du Chi2 ou, le cas échéant, de Fisher exact. Les analyses ont été effectuées uniquement sur les personnes qui n'étaient pas déjà en situation d'emploi à l'admission (n = 57), pour lesquelles les informations étaient disponibles.

Les variables principales étudiées, relatives au devenir professionnel, étaient :

- être en activité à 24 mois de la session, quel que soit le milieu de travail ;
- avoir travaillé au moins un jour dans les deux ans suivant le programme.

Les variables explicatives étudiées étaient des variables :

- sociodémographiques : sexe, lieu de vie, situation familiale, mesure de protection, AAH, RQTH, orientation professionnelle auprès de la MDA (y compris demandes en cours d'instruction) ;
- cliniques : diagnostic de schizophrénie ou d'autres troubles psychiatriques, antécédent d'hospitalisation, hospitalisation récente (l'année précédente) ;
- professionnelles : niveau de formation, parcours professionnel (histoire professionnelle antérieure ou récente) ;
- relatives à la prise en charge sur la structure : conduite d'une remédiation cognitive.

Pour l'ensemble des tests statistiques réalisés, le seuil de significativité a été fixé à 5 %.

#### 2.4. Considérations éthiques :

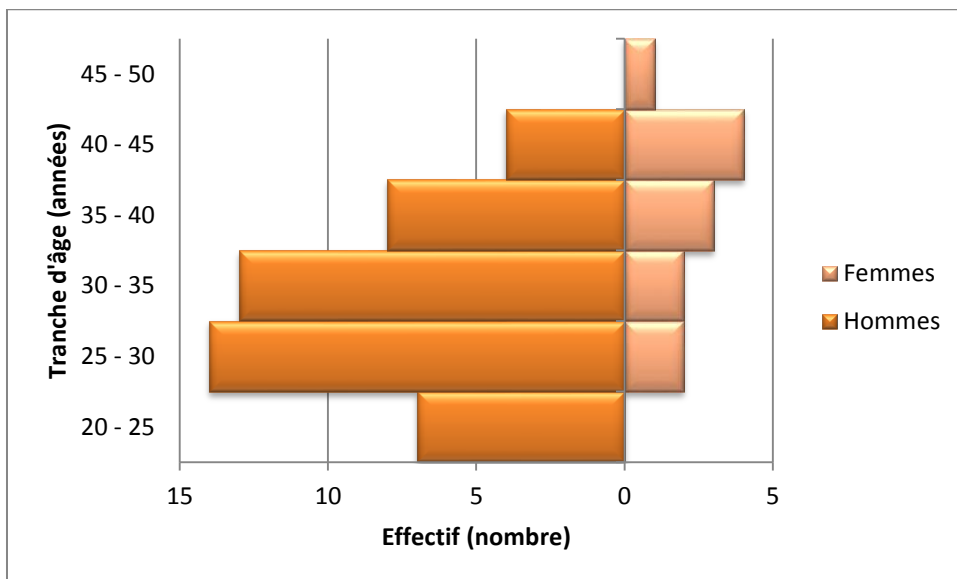
Les personnes rencontrées dans le cadre des entretiens ayant servi de support à la rédaction des vignettes cliniques étaient informées de l'objet de la rencontre. Elles ont consenti à ce que les informations recueillies soient utilisées dans ce travail. Un formulaire de consentement éclairé a été signé [Annexe 1 à 5].

### 3. Résultats

#### 3.1. Données sociodémographiques, cliniques, et professionnelles

La population ayant suivi et terminé le programme de réhabilitation psychosociale se compose de 46 hommes (79,3 %) pour 12 femmes (20,7 %), soit 58 personnes, d'âge moyen global  $32,3 \pm 6,5$  ans ( $31,1 \pm 5,9$  ans pour les hommes,  $37,0 \pm 6,5$  ans pour les femmes) (Figure 2).

Le stagiaire type de la structure Orion 49 pris en charge dans le cadre de ce programme de réhabilitation est un homme jeune, d'une trentaine d'années, célibataire, souffrant de schizophrénie et ayant déjà été hospitalisé dans un service de psychiatrie. Il vit dans un logement indépendant, n'a pas de mesure de protection juridique et il perçoit l'AAH. Il est sans emploi mais a déjà travaillé (Tableaux I à III).



**Figure 2.** Pyramide des âges.



**Tableau I.** Données sociodémographiques lors de l'admission dans un groupe de remobilisation.

Données sociodémographiques (T-3)		Effectif (n)	Effectif (%)	IC (%)
<b>Sexe</b>	Masculin	46	79,3	66,7 - 88,8
	Féminin	12	20,7	11,2 - 33,4
<b>Situation Familiale</b>	Célibataire, divorcé, séparé	55	94,8	85,6 - 98,9
	En couple (marié, concubinage)	3	5,2	1,1 - 14,4
<b>Lieu de vie</b>	Logement indépendant	29	50,0	36,6 - 63,4
	Hébergement familial/amical	14	24,1	13,9 - 37,2
	Autre (appartement thérapeutique, etc.)	15	25,9	15,3 - 39,0
<b>Mesure de protection</b>	Sans	42	72,4	59,1 - 83,3
	Curatelle	15	25,9	15,3 - 39,0
	Tutelle	1	1,7	0,0 - 9,2
<b>Ressources</b>	AAH <sup>1</sup>	45	77,6	64,7 - 87,5
	Pôle-emploi (chômage, allocation de solidarité spécifique)	8	13,8	6,2 - 25,4
	RSA	7	12,1	5,0 - 23,3
	Indemnités journalières	4	6,9	1,9 - 16,7
	Pension d'invalidité	1	1,7	0,0 - 9,2
	Travail	1	1,7	0,0 - 9,2
	Autre	1	1,7	0,0 - 9,2
	Aucune	2	3,5	0,4 - 11,9
	Allocation liée à une situation de handicap ou de maladie <sup>1</sup>	49	84,5	72,6 - 92,7
<b>Dossier MDA</b>	Droits ouverts ou demande(s) en cours <sup>2</sup>	50	86,2	74,6 - 93,9
	RQTH <sup>1</sup>	28	48,3	35,0 - 61,8
	Sans RQTH	30	51,7	38,2 - 65,1
	Orientation milieu ordinaire <sup>1</sup>	14	24,1	13,9 - 37,2
	<i>Dont entreprise adaptée préconisée et atelier protégé</i>	8	13,8	6,2 - 25,4
	Orientation Esat <sup>1</sup>	5	8,6	2,9 - 19,0
Sans orientation professionnelle	39	67,2	53,7 - 79,0	

IC : intervalle de confiance ; RSA : revenu de solidarité active.

T-3 : T-3 mois, admission dans un groupe de remobilisation.

<sup>1</sup> : Y compris demande(s) en cours.

<sup>2</sup> : AAH, RQTH, orientation professionnelle.

**Tableau II.** Données cliniques lors de l'admission dans un groupe de remobilisation.

Données cliniques (T-3)		Effectif (n)	Effectif (%)	IC (%)
<b>Diagnostic</b>	Schizophrénie	51	87,9	76,7 - 95,0
	Trouble bipolaire	2	3,5	0,4 - 11,9
	Autre (état limite, trouble de l'humeur, etc.)	5	8,6	2,9 - 19,0
<b>Histoire de la maladie</b>	Hospitalisation(s) antérieure(s)	55	94,8	85,6 - 98,9
	Délai depuis la première hospitalisation (m = 8,4 ± 5,2 ans) :			
	Absence d'hospitalisation antérieure	3	5,2	1,1 - 14,4
	< 5 ans	17	29,3	18,1 - 42,7
	5 - 9 ans	17	29,3	18,1 - 42,7
	≥ 10 ans	21	36,2	24,0 - 49,9
	Au moins 1 jour d'hospitalisation l'année précédente (dm = 2)	35	62,5	48,6 - 75,1
	Délai depuis la dernière hospitalisation (dm = 2 ; m = 1,3 ± 1,9 ans) :			
	Absence d'hospitalisation antérieure	3	5,4	1,1 - 14,9
	< 6 mois	20	35,7	23,4 - 49,6
	6 mois - 1 an	15	26,8	15,8 - 40,3
	1 - 2 ans	10	17,9	8,9 - 30,4
	≥ 2 ans	8	14,3	6,4 - 26,2

m : moyenne ; dm : donnée(s) manquante(s).

**Tableau III.** Données professionnelles lors de l'admission dans un groupe de remobilisation.

Données professionnelles (T-3)		Effectif (n)	Effectif (%)	IC (%)
<b>Niveau de formation</b>	I et II (licence, maîtrise)	9	15,5	7,4 - 27,4
	III (BTS, DUT)	10	17,2	8,6 - 29,4
	IV (Baccalauréat)	17	29,3	18,1 - 42,7
	V (BEP, CAP)	17	29,3	18,1 - 42,7
	V bis et VI (BEPC, sans)	5	8,3	2,9 - 19,0
	<b>Parcours professionnel</b>	Histoire professionnelle (passée ou en cours)	51	87,9
Dernier emploi :				
	N'a jamais travaillé	7	12,1	5,0 - 23,3
	En cours	1	1,7	0,0 - 9,2
	< 1 an	9	15,5	7,4 - 27,4
	1 - 3 ans	17	29,3	18,1 - 42,7
	≥ 3 ans	24	41,4	28,6 - 55,1
Cumul d'activité :				
	N'a jamais travaillé	7	12,1	5,0 - 23,3
	< 1 an	14	24,1	13,9 - 37,2
	1 an - 5 ans	26	44,8	31,7 - 58,5
	≥ 5 ans	11	19,0	9,9 - 31,4

BTS : brevet de technicien supérieur ; DUT : diplôme universitaire de technologie ; BEP : brevet d'études professionnelles ; CAP : certificat d'aptitude professionnelle ; BEPC : brevet d'études du premier cycle.

### 3.2. Parcours Orion 49 et orientations proposées au terme de la période de remobilisation

A la fin du programme de réhabilitation, 49 participants (84,5 %) étaient dans une démarche de retour vers l'emploi et exprimaient le souhait de travailler (Tableau IV) :

- L'exercice (ou la poursuite) d'une activité professionnelle en milieu ordinaire ou protégé, ou une entrée en formation, étaient envisagées pour 42 participants (72 %) ; pour l'un d'entre eux, exerçant une activité en Esat au début du programme, le maintien en emploi était préconisé.
- Pour 7 personnes, une orientation vers des professionnels de l'insertion était préconisée.

**Tableau IV.** Orientations professionnelles proposées lors du bilan de fin de session.

Orientation professionnelle proposée (T+0)	Effectif (n)	Fréquence (%)
<b>Retour au travail en milieu ordinaire</b>	20	34,5
Entreprise ordinaire sans RQTH	6	10,3
Entreprise ordinaire avec RQTH	4	6,9
Entreprise adaptée préconisée	10	17,2
<b>Retour au travail en milieu protégé</b>	13	22,4
<b>Maintien en emploi en milieu protégé</b>	1	1,7
<b>Formation</b>	8	13,8
Formation en CRP	1	1,7
Formation de droit commun	7	12,1
<b>Autre orientation professionnelle<sup>1</sup></b>	7	12,1
<b>Aucune<sup>2</sup></b>	9	15,5

CRP : centre de rééducation professionnelle.

T+0 : fin de session.

<sup>1</sup> : Partenaires de l'insertion, organisme de bilan de compétence, etc.

<sup>2</sup> : Insertion sociale, activités occupationnelles, retour vers le soin psychiatrique.

Outre leur participation au programme, les usagers ont bénéficié d'une prise en charge personnalisée au sein du dispositif Orion 49. Ainsi, 40 personnes (69,0 %) ont bénéficié d'une remédiation cognitive visant le réentraînement des fonctions cognitives.

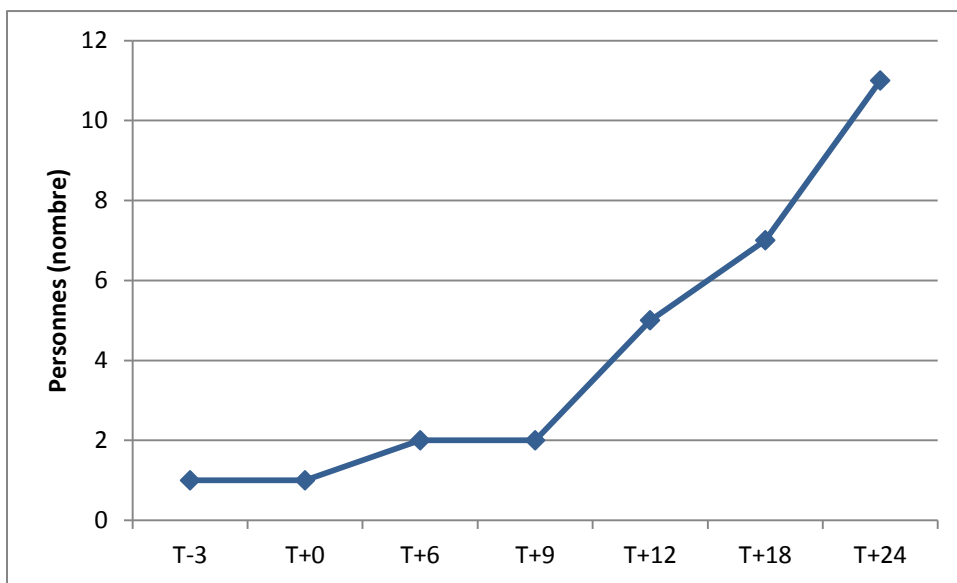
### 3.3. Devenir professionnel deux ans après le programme

Des informations sur le devenir professionnel à deux ans ont été obtenues pour 55 personnes (94,8 %). Au cours des deux années qui ont suivi la fin du programme, 3 usagers ont été perdus de vue ; cependant certaines données étaient disponibles en ce qui concerne leur parcours professionnel.

Le nombre de personnes en emploi a été croissant dans les deux ans suivant le programme (Figure 3). Il existait une différence significative entre la proportion de personnes en emploi à T+0 et à T+24 mois ( $p = 0,004$ ), soit avant et après le programme.

Le nombre de personnes ayant une activité professionnelle rémunérée, quel que soit le milieu de travail, deux ans après la fin du programme de réhabilitation psychosociale, atteignait 11 personnes (20 %) ; parmi elles, 6 exerçaient une activité en milieu ordinaire et 5 en milieu protégé (Tableau V et VI). Une des personnes ayant une activité en milieu ordinaire de travail était apprentie, et donc aussi en formation ; cependant le tableau présenté ne comptabilise pas cet usager parmi les personnes en formation à 18 et 24 mois, celui-ci n'ayant pas pu être saisi selon les deux modalités.

Concernant les 5 participants qui travaillaient en milieu protégé, 4 avaient intégré un Esat, et 1 avait maintenu son emploi à la suite du programme. Parmi ces mêmes individus, 2 exerçaient une activité à temps partiel (3 à temps plein).



**Figure 3.** Evolution du nombre de personnes en emploi selon les différents instants T, tous milieux de travail confondus.

**Tableau V.** Evolution de la situation professionnelle des participants entre T+0 et T+24 mois.

Situation professionnelle	T -3/+0	T +6	T +9	T +12	T +18	T +24
<b>En emploi</b>	<b>1 (1,7)</b>	<b>2 (3,6)</b>	<b>2 (3,6)</b>	<b>5 (9,1)</b>	<b>7 (12,7)</b>	<b>11 (20,0)</b>
Milieu ordinaire de travail	0 (0,0)	1 (1,8)	1 (1,8)	3 (5,5)	3 (5,5)	6 (10,9)
<i>Dont entreprise adaptée</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,8)
Milieu protégé de travail	1 (1,7)	1 (1,8)	1 (1,8)	2 (3,6)	4 (7,3)	5 (9,1)
<b>Sans emploi</b>	<b>57 (98,3)</b>	<b>54 (96,4)</b>	<b>54 (96,4)</b>	<b>50 (90,9)</b>	<b>48 (82,3)</b>	<b>44 (80,0)</b>
En formation	0 (0,0)	3 (5,4)	4 (7,1)	2 (3,6)	2 (3,6)	2 (3,6)
Mise en situation en milieu protégé *	0 (0,0)	2 (3,6)	3 (5,4)	5 (9,1)	3 (5,5)	0 (0,0)
Atelier thérapeutique (Aira)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,8)	2 (3,6)	3 (5,5)	2 (3,6)
Centre de réadaptation	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,8)	1 (1,8)	1 (1,8)
Autres personnes sans emploi	57 (98,3)	49 (87,5)	46 (82,1)	40 (72,7)	39 (70,9)	39 (70,9)

\* : Esat, CAP-CAT.

Aira : atelier d'insertion et de réadaptation en milieu agricole.

**Tableau VI.** Emplois occupés en milieu ordinaire à T+24 mois.

Poste	Statut de l'emploi	Temps de travail
Secrétaire	contrat d'avenir	temps partiel (26 heures hebdomadaires)
Distributeur de journaux	indépendant	temps partiel (21 heures hebdomadaires)
Agent polyvalent de restauration	contrat d'apprentissage (CAP)	non connu
Technicien dessinateur industriel	CDD	temps plein
Animateur QSE	CDD	temps plein
Agent d'entretien	CDI (entreprise adaptée)	temps partiel

CDD : contrat à durée déterminée ; CDI : contrat à durée indéterminée ; QSE : qualité sécurité environnement.

### 3.4. Parcours professionnel

Sur le plan professionnel, 20 personnes, soit plus du tiers des usagers, avaient travaillé au moins un jour au cours des deux années suivant le programme, ce qui est inférieur à ce qui avait été proposé lors des bilans. Parmi les participants, 14 avaient obtenu un emploi en milieu ordinaire de travail et 6 avaient eu une activité en milieu protégé de travail (dont 1 usager qui avait maintenu son emploi en Esat) (Tableau VII).

Le délai moyen d'obtention du premier emploi (hors participant ayant maintenu son emploi en Esat), était de  $13,2 \pm 6,9$  mois, tous milieux de travail confondus. Exclusion faite des emplois rémunérés en chèque emploi service, ce délai se portait à une moyenne de  $13,4 \pm 6,6$  mois. Concernant l'activité en milieu ordinaire, le délai moyen d'obtention du premier emploi était, respectivement avec, puis sans, les activités en chèque emploi service, de  $12,3 \pm 7,7$  mois et  $12,4 \pm 7,4$  mois.

En ce qui concerne les emplois en milieu ordinaire, les participants avaient occupé les postes suivants : secrétaire, agent d'entretien des locaux, agent d'entretien des espaces verts, distributeur de journaux, plaquiste, agent polyvalent de restauration, dessinateur industriel, réceptionniste en hôtellerie, préventeur sécurité, superviseur travaux, animateur Qualité sécurité environnement (QSE). Les statuts des emplois occupés pouvaient être : contrat à durée indéterminée (CDI), contrat à durée déterminée (CDD), contrat d'avenir, contrat de travail temporaire, travailleur indépendant, contrat d'apprentissage. Ces périodes d'activité étaient de durée variable : d'une journée à plus de 18 mois. Leur durée médiane était de 6,4 semaines (durée moyenne =  $13,8 \pm 20,6$  semaines).

En considérant l'ensemble des milieux de travail, la durée médiane des périodes d'activité était de 13,3 semaines (moyenne =  $21,3 \pm 26,5$  semaines). Pour les participants ayant obtenu un emploi dans les suites du programme, cette durée médiane était de 13,0 semaines (moyenne =  $17,7 \pm 20,2$  semaines).

Outre l'accès à un emploi rémunéré, d'autres stratégies visant l'insertion professionnelle avaient été mises en œuvre. En effet, 14 personnes avaient entrepris des démarches de formation ou de reprise d'études, ce qui est supérieur aux propositions établies à la fin du programme. Il s'agissait de formations diplômantes, non diplômantes, ou de remobilisation vers l'emploi : certificat d'aptitude professionnelle agricole (CAPA) travaux paysagers, certificat d'aptitude professionnelle (CAP) agent polyvalent de restauration, brevet professionnel agricole (BPA) travaux d'aménagements paysagers, formation de secrétariat et de bureautique, Entreprise d'entraînement pédagogique (EEP), tentative de reprise d'études universitaires, autres actions de formations dispensés par des acteurs de l'insertion, etc.

Plus de la moitié des participants avaient effectué une mise en situation de travail dans le cadre de stages pratiques ou d'évaluation, ou encore de leur période d'essai en milieu protégé. Par ailleurs, trois personnes avaient effectué un bilan de compétences. Enfin, cinq personnes avaient eu une activité non rémunérée dans le cadre d'ateliers de travail au sein de structures de soins (centre de réadaptation, atelier d'insertion et de réinsertion en milieu agricole (Aira), atelier thérapeutique du Cesame).

Au total, seules 17 personnes (29,8 %) n'avaient pas fait de démarches visant leur insertion en milieu ordinaire ou protégé ; celles-ci n'avaient ni occupé un emploi, ni effectué de stage, ni fait de bilan de compétence ou encore entrepris de démarches de formation ou de reprise

d'études. L'effectif se portait à 20 personnes (35,1 %), s'il n'était pas tenu compte des périodes d'activité non rémunérées en ateliers de travail (Aira, centre de réadaptation).

**Tableau VII.** Parcours d'insertion des participants au cours des deux ans ayant suivi la fin du programme.

Parcours professionnel		Effectif (n)	Effectif (%)
<b>Au cours de la première année:</b>	<u>Au moins 1 jour de travail</u>	9	16,1
	Milieu ordinaire de travail	7	12,5
	<i>Dont en entreprise adaptée</i>	1	1,8
	Milieu protégé de travail	2	3,6
	<u>Obtention emploi</u>	8	14,3
	<u>Poursuite emploi</u>	1	1,8
<b>Au cours de la deuxième année:</b>	<u>Au moins 1 jour de travail</u>	18	32,1
	Milieu ordinaire de travail	12	21,4
	<i>Dont en entreprise adaptée</i>	2	3,6
	Milieu protégé de travail	6	10,7
	<u>Obtention emploi</u>	13	23,2
	<u>Poursuite emploi</u>	5	8,9
<b>Au cours des deux ans:</b>	<u>Au moins 1 jour de travail</u>	20	35,7
	Milieu ordinaire de travail	14	25,0
	<i>Dont en entreprise adaptée</i>	3	5,4
	Milieu protégé de travail	6	10,7
	<u>Obtention emploi</u>	19	33,9
	<u>Poursuite emploi</u>	1	1,8
	<u>Action de Formation/reprise d'études</u>	14	25,0
	Diplômante	8	14,3
	Non-diplômante	4	7,1
	Remobilisation vers l'emploi	2	3,6
	<u>Bilan de compétences</u>	3	5,4
	<u>Période de stage en entreprise</u>	30	53,6
	Milieu ordinaire (hors Formation)	13	23,2
	<i>Dont en entreprise adaptée</i>	5	8,9
	Milieu ordinaire en formation	9	16,1
	Milieu ordinaire (y compris en formation)	18	32,1
	Mise en situation en milieu protégé <sup>1</sup>	11	19,6
	Milieu ordinaire de salariés en Esat	2	3,6
	Autre stage <sup>2</sup>	1	1,8
	<u>Autre mise en situation professionnelle</u>	5	9,1
Aira	4	7,3	
Centre de réadaptation	1	1,8	

<sup>1</sup> : Esat, CAP-CAT.

<sup>2</sup> : Prise en charge en centre de réadaptation.

Tous les participants pour lesquels une insertion professionnelle avait été évoquée lors du bilan de fin de session n'étaient pas en activité au terme des deux années ou n'avaient pas exercé d'activité dans le courant de la période étudiée. Ils avaient toutefois réalisé des démarches afin de valider ou de mettre en œuvre leur projet professionnel. Des personnes pour lesquelles une orientation en milieu ordinaire de travail avait été envisagée, exerçaient une activité en Esat au terme des 24 mois étudiés (Tableaux VIII et IX).

**Tableau VIII.** Situation des participants à T+24 mois selon l'orientation proposée lors du bilan de fin de session.

Situation T+24 Orientation	MO	MP	Formation	Centre	Aira	Autres personnes sans emploi	pdv	Total (n)
Milieu ordinaire	3 (1 EA)	2	1	1	0	12	1	20
<i>Dont EA</i>	2 (1 EA)	0	0	1	0	7	0	10
Milieu Protégé	0	2	0	0	1	10	0	13
Formation	2 (1 A)	0	1 (+1 A)	0	0	4	1	8
Autre	1	0	0	0	1	5	0	7
Maintien	0	1	0	0	0	0	0	1
Aucune	0	0	0	0	0	8	1	9
<b>Total</b>	6	5	2	1	2	39	3	58

MO : milieu ordinaire ; MP : milieu protégé ; EA : entreprise adaptée ; A : apprenti ; pdv : perdus de vue.

**Tableau IX.** Parcours d'insertion des participants selon l'orientation proposée lors du bilan de fin de session.

Parcours Orientation	≥ 1 jr en MO	≥ 1 jr MP	Formation	Stage	MES Centre	MES Aira	BC	Aucune démarche
Milieu ordinaire	8 (3 EA)	2	5	11	1	0	1	5
<i>Dont EA</i>	4 (3 EA)	0	1	6	1	0	0	1
Milieu protégé	1 (CES)	3	0	9	0	2	0	3
Formation	4 (1 A, 1 CES)	0	6	7	0	1	0	0
Autre	1	0	2	2	0	1	2	2
Maintien	0	1	0	1	0	0	0	0
Aucune	0	0	1	0	0	0	0	7
<b>Total (l)</b>	14 (/56)	6 (/56)	14 (/56)	30 (/56)	1 (/55)	4 (/55)	3 (/56)	17 (/57)

MO : milieu ordinaire ; MP : milieu protégé ; EA : entreprise adaptée ; A : apprenti ; CES : chèque emploi service ; MES : mise en situation ; BC : bilan de compétences.

### 3.5. Variables explicatives de l'insertion professionnelle

En ce qui concerne le retour en emploi des usagers, quel que soit le milieu de travail, plusieurs variables avaient un lien significatif avec le fait d'être en emploi deux ans après la fin de la période de remobilisation. Cette dernière variable, relative au devenir professionnel des



usagers, était significativement liée au lieu de vie ( $p = 0,02$ ) : les personnes qui avaient un logement indépendant étaient plus nombreuses à être en emploi que les autres. La présence au travail à 24 mois était liée au diagnostic ( $p = 0,039$ ) ; il y avait plus de personnes en emploi parmi les personnes souffrant d'un autre trouble psychiatrique que de schizophrénie. Le fait d'être en emploi à 24 mois était significativement lié à la conduite de démarche(s) d'insertion, incluant ( $p = 0,022$ ), ou non ( $p = 0,009$ ), l'exercice d'une activité dans le cadre d'atelier(s) de travail (Aira, centre de réadaptation) ; les personnes qui avaient fait des démarches visant l'insertion (obtention d'emploi, mise en situation en entreprise, formation, bilan de compétence, activité en atelier(s) de travail) étaient plus nombreuses à être en emploi à deux ans comparativement aux autres usagers.

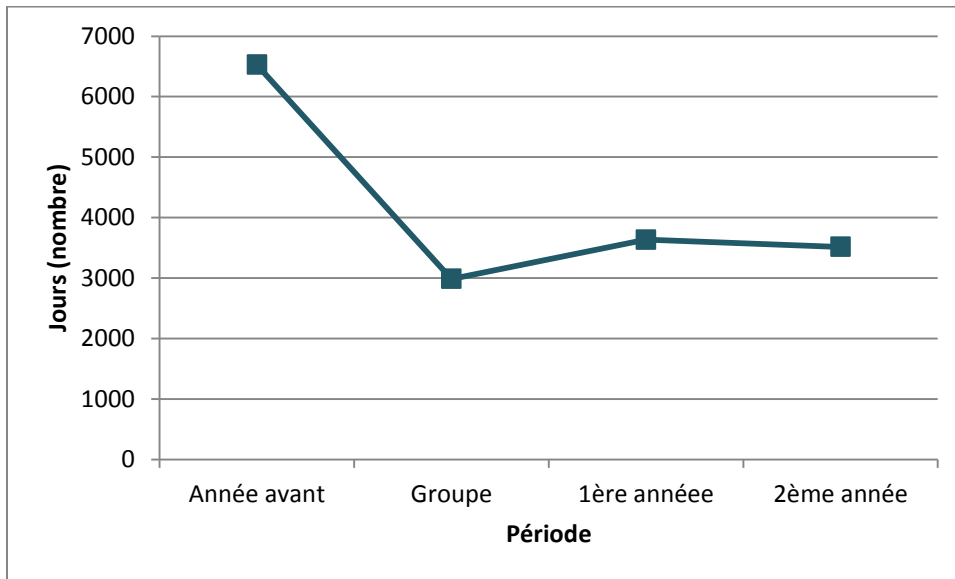
A l'inverse, le fait d'être en emploi à deux ans n'avait pas de lien significatif avec les variables sociodémographiques étudiées (sexe, âge, situation familiale, niveau de formation, existence d'une mesure de protection). Percevoir l'AAH, ou une allocation liée à une situation de handicap ou de maladie, lors de l'admission (y compris demande en cours) n'était pas significativement lié à la présence au travail à 24 mois. Le fait d'avoir déjà travaillé, d'avoir travaillé récemment, d'avoir déjà été hospitalisé, d'avoir été hospitalisé récemment, ou encore d'avoir bénéficié d'une remédiation cognitive n'avait pas de lien avec le critère d'insertion étudié.

D'autre part, le fait d'avoir travaillé au moins un jour au cours des deux ans était lié aussi à plusieurs facteurs. Il existait un lien à la limite de la significativité entre le fait d'avoir travaillé au moins un jour au cours des deux ans et le niveau de formation ( $p = 0,054$ ) ; Il y avait plus de personnes qui avaient travaillé parmi ceux qui avait un niveau « licence ou maîtrise ». L'exercice d'une activité au cours des deux ans suivant le programme était significativement lié à la conduite de démarche(s) d'insertion, incluant ( $p < 10^{-3}$ ), ou non ( $p < 10^{-4}$ ) l'exercice d'un activité au sein d'atelier(s) de travail ; il y avait plus de personnes qui avaient travaillé parmi les personnes qui avaient fait des démarches visant l'insertion (obtention d'emploi, mise en situation en entreprise, formation, bilan de compétence, activité en atelier(s) de travail).

Enfin, l'exercice d'une activité au cours des deux ans n'avait pas de lien significatif avec les variables suivantes : sexe, âge, lieu de vie, situation familiale, mesure de protection, diagnostic, remédiation cognitive, AAH, allocation. Le fait d'avoir déjà travaillé, d'avoir travaillé récemment, d'avoir déjà été hospitalisé, ou d'avoir été hospitalisé récemment n'avait pas de lien significatif avec la variable de devenir professionnel analysée.

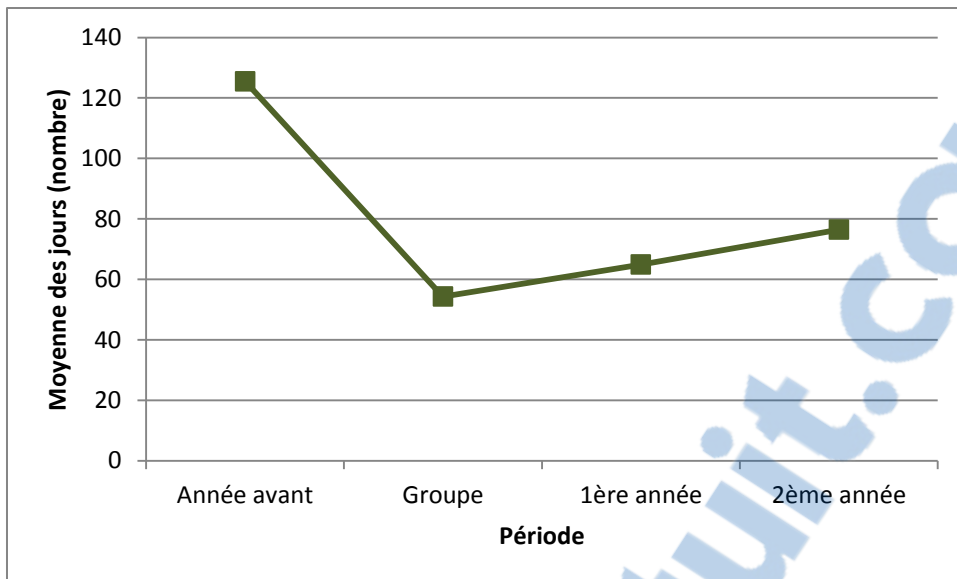
### 3.6. Prise en charge psychiatrique de secteur

D'une façon générale, le nombre total de jours de prise en charge sectorielle, tous types de prise en charge confondus, a diminué entre l'année qui a précédé le groupe de remobilisation (n = 6528) et la première (n = 3635), mais aussi comparativement à la deuxième année qui a suivi la période de remobilisation (n = 3516) (Figure 4).

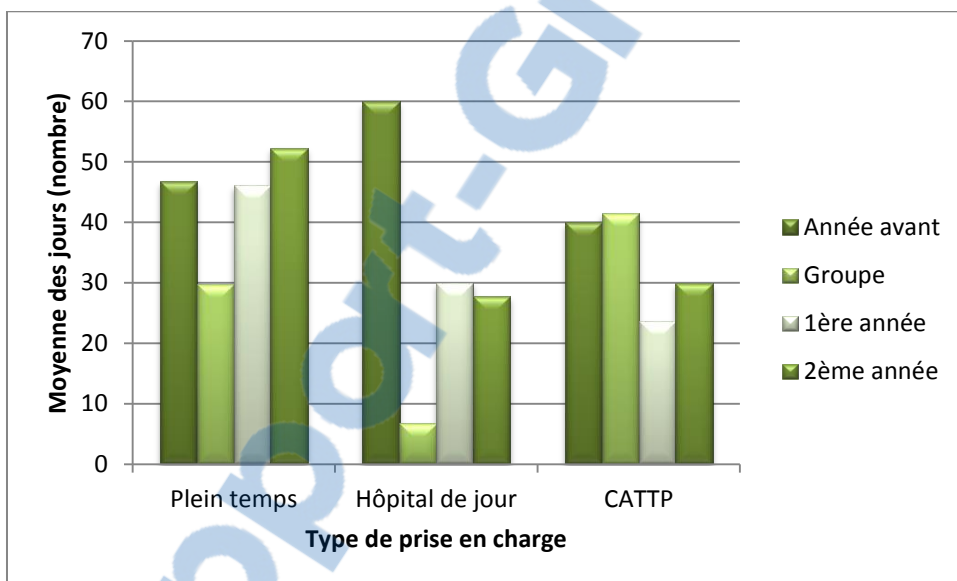


**Figure 4.** Evolution du nombre total de jours de prise en charge, tous types de prise en charge confondus (Source DIM).

Le nombre moyen de jours de prise en charge sectorielle, tous types de prises en charge confondus, a diminué entre l'année qui a précédé le groupe de remobilisation et la première année qui a suivi la fin de la session; même si la moyenne des jours de prise en charge tendait à augmenter entre la première et la deuxième année, celle-ci restait inférieure à celle de l'année précédant le début de la session (Figure 5). Le nombre moyen de jours de prise en charge par personne tendait à augmenter pour ce qui est de la prise en charge « plein temps » ; cela n'était pas le cas pour les autres types de prise en charge sélectionnées (Figure 6).



**Figure 5.** Evolution du nombre moyen de jours de prise en charge par personne, tous types de prise en charge confondus (Source DIM).



CATT : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

**Figure 6.** Evolution du nombre moyen de jours de prise en charge par personne par type de prise en charge (Source DIM).

## **4. Discussion**

Malgré les nombreuses démarches d'insertion mises en œuvre au cours des deux années étudiées, le taux d'emploi à deux ans restait faible (20 %) : 5 personnes travaillaient en milieu ordinaire de travail et 6 personnes travaillaient en Esat. Dans les suites du programme, près de 36 % des participants avaient exercé une activité professionnelle, et seulement 30 % des participants n'avaient effectué aucune des démarches d'insertions retenues. Le délai moyen d'obtention du premier emploi était proche d'une année. Les principales caractéristiques des périodes d'activités étaient leur brièveté, notamment pour les emplois en milieu ordinaire (durée médiane de 6 semaines), le caractère peu ou pas qualifié de la majorité des emplois occupés ainsi que la faible proportion de CDI. Les résultats que nous avons observés sont modestes ; il faut toutefois prendre en compte le fait que le programme proposé est suivi par des patients en échec de réinsertion, ou encore au sortir d'un long parcours de soin. Dans ce contexte, le passage de l'inactivité à un plein-emploi est difficile.

Les facteurs identifiés comme pouvant expliquer le fait d'être en situation d'emploi à 24 mois étaient : la conduite de démarches visant l'insertion professionnelle ( $p = 0,022$  ;  $p = 0,009$ ), le lieu de vie ( $p = 0,02$ ) et le diagnostic ( $p = 0,039$ ). L'exercice d'une activité professionnelle durant la période étudiée était significativement lié à la conduite de démarches visant à l'insertion ( $p < 10^{-3}$  ;  $p < 10^{-4}$ ). Il existait un lien à la limite de la significativité entre ce dernier critère d'insertion et le niveau de formation ( $p = 0,054$ ). L'existence d'une histoire professionnelle passée ou récente (moins de cinq ans) ainsi que d'hospitalisation(s) antérieure(s) ou récente(s) (l'année précédente) n'avaient pas de lien significatif avec les critères d'insertion analysés ; il en était de même pour les autres variables sociodémographiques analysées.

D'après les données du DIM, la participation au programme aurait un impact positif sur la prise en charge psychiatrique de secteur des participants : leur consommation globale de soins (nombre total de jours de prise en charge, nombre moyen de jour par personne) tendait à diminuer dans les suites du programme.

Il convient néanmoins de considérer ces résultats avec prudence du fait d'un certain nombre de limites méthodologiques et de biais.

Premièrement, il n'existe pas de groupe témoin. Nous avons comparé la situation professionnelle des usagers avant et après le programme et décrit leur parcours d'insertion.

Plusieurs conditions eurent été nécessaires afin d'évaluer l'impact d'une telle intervention de réhabilitation psychosociale. Il eût fallu, tout d'abord, pouvoir inclure les sujets de façon prospective, puis, comparer des données quantitatives à des personnes présentant des troubles psychiques similaires (nature de la pathologie, symptômes résiduels, troubles cognitifs) n'ayant pas bénéficié de ce programme, avec randomisation lors de l'inclusion. Cependant, la conduite d'une étude prospective est longue et le contexte même du dispositif Orion 49 rend cette méthodologie éthiquement critiquable. Dans une étude ultérieure, les présents résultats pourraient être comparés avec des séries comparables de sujets n'ayant pas participé au programme ou avec d'autres types de programmes et interventions de réhabilitation.

D'autre part, le caractère rétrospectif de l'étude induit d'autres limites. Il s'agit notamment du manque de précision des données relatives à l'insertion professionnelle (périodes d'arrêt de travail, etc.) et au parcours des personnes (démarches actives de recherche d'emploi et aides reçues).

En ce qui concerne la méthode de recueil des données à partir des dossiers médicaux des usagers, et de l'équipe de soin, un entretien téléphonique, un envoi de questionnaire ou encore une rencontre avec les personnes auraient permis un recueil plus précis et plus exhaustif ; mais de telles démarches auraient pu ne pas être comprise par les personnes dont l'accompagnement sur la structure n'avait plus cours lors de la conduite de l'étude.

Des évènements intercurrents (modifications de conditions de vie, difficultés familiales, maladie, évolution de la motivation à retravailler, etc.) ont pu se produire dans l'intervalle des deux ans et modifier l'apport du programme. Une étude prospective, de type suivi de cohorte, permettrait d'éviter ces biais.

Cette étude, conduite auprès de personnes souffrant de troubles psychiques persistants et admises sur un programme de réhabilitation psychosociale, inclue un petit nombre de sujets, ce qui appelle à la prudence quant à l'interprétation des résultats statistiques. Elle exclue par ailleurs les personnes présentant des troubles psychiatriques ayant bénéficié des autres services de la structure ainsi que celles non accompagnées par le dispositif Orion 49. Toutefois, cette non exhaustivité n'a pas d'impact sur les objectifs de l'étude qui visent à l'insertion professionnelle après la participation au programme.

Les sujets souffrant de troubles psychiatriques inclus en Maine et Loire pourraient ne pas être représentatifs de l'ensemble des sujets en situation de handicap psychique sur le territoire français. En effet, le programme dont il s'agit ici s'adresse principalement à des sujets souffrant de schizophrénie et prend place dans une structure de soin connue des professionnels qui orientent les personnes vers le dispositif. Cependant, il n'existe pas à

l'heure actuelle de base de données nationale permettant de connaître les caractéristiques de l'ensemble des personnes souffrant de troubles psychiques persistants. Les données concernant les sujets évalués à Orion 49 pourraient être comparées à celles obtenues dans d'autres départements, au sein d'autres structures sanitaires mettant en œuvre des interventions de réhabilitation psychosociale.

Concernant la prise en charge psychiatrique sur le Cesame, les données traitées ont été obtenues auprès du DIM ; certaines personnes ont pu bénéficier de soins spécialisés en dehors des services publics locaux de psychiatrie et des erreurs de saisie ou de codage ont pu être faites. Le service Orion 49, non informatisé avant 2008, n'a pas saisi ses actes avant cette année-là ; cela n'a pas d'impact sur les conclusions de l'étude dans la mesure où les périodes comparées encadraient la session.

Des facteurs socio-économiques locaux tels que le taux de chômage ou le nombre d'établissements, ou encore de nombre de places disponibles dans les structures offrant des emplois ou des formations aux personnes, voire même le délai de notification de la MDA, pourraient influencer le niveau d'insertion professionnelle.

Enfin, les deux années d'évaluation ne sont pas les mêmes pour chaque groupe considéré. Les évolutions en matière d'offre de services et de contexte socio-économique, ont pu impacter l'apport du programme. En effet, selon l'Institut national de la statistique et des études épidémiologiques (Insee), la crise qui s'est déclenchée en 2008 a fortement pesé sur l'activité et s'est traduite par une augmentation du taux de chômage de 50 % en cinq ans dans les Pays de la Loire, comme sur le reste du territoire français (34).

Cette étude montre que l'insertion professionnelle et la poursuite d'une activité professionnelle sont des objectifs difficiles à atteindre chez des personnes présentant un handicap consécutif à des troubles psychiatriques : la proportion de participants sans activité professionnelle restait élevée au terme des deux années considérées (80 %). Dans la littérature, les chercheurs se sont principalement intéressés au retour vers un emploi dit « compétitif » et aux déterminants de cette insertion, le travail protégé étant considéré comme une approche visant, au même titre que les programmes de soutien à l'emploi, le retour vers le marché du travail. Un emploi « compétitif » correspond à un travail accessible à tous, non réservé à des personnes handicapées, rémunéré selon, au moins, le salaire minimum légal (11,16,35). Bien que les entreprises adaptées et la RQTH soient parmi les spécificités françaises, un emploi « compétitif » peut être rapproché, dans le système français, d'un travail en milieu ordinaire. Compte-tenu de ces spécificités locales, nos résultats ne sont pas

directement comparables avec la littérature internationale, mais il est intéressant de connaître les conclusions des travaux conduits. En effet, plusieurs auteurs font état des nombreux obstacles à l'insertion professionnelle rencontrés par le public fragilisé par des troubles psychiatriques (36-39). Ces facteurs, internes ou externes aux individus, peuvent constituer des pistes de réflexion qui pourraient permettre d'identifier des leviers d'action visant à favoriser l'insertion professionnelle de ce public fragilisé. Ainsi, des programmes visant à aider les personnes à obtenir et à conserver un emploi se développent (12), ou encore des initiatives ayant pour objet la réduction des préjugés à l'égard des personnes présentant un trouble psychiatrique (40).

Deux ans après le programme, l'insertion en milieu ordinaire de travail était faible : elle concernait 6 personnes (11 %) et 14 personnes (25 %) avaient travaillé au moins un jour en milieu ordinaire, ce qui est inférieur aux résultats obtenus dans d'autres études, avec des programmes de soutien à l'emploi (« supported employment »), modèle aujourd'hui dominant en réhabilitation professionnelle. De nombreuses interventions, ont en effet été développées, notamment aux Etats-Unis, pour soutenir les personnes souffrant de troubles psychiques graves dans leur volonté de travailler (11,13,41,42). Selon les résultats convergeant de nombreuses études, les pratiques de soutien à l'emploi, et notamment les programmes « d'insertion dans l'emploi et de soutien individualisé », ou de type « individual placement and support », modèle le plus étudié, ont fait la preuve de leur efficacité (35,41,43). Cette approche, développée aux Etats-Unis et reposant sur la stratégie « place then train », implique de trouver aux usagers des emplois rémunérés sur le marché du travail pour lesquels toute personne peut postuler, emplois dits « compétitifs », accessibles sans préparation particulière, puis de leur fournir le soutien nécessaire dans le cadre de leur activité de travail. Cette stratégie, plus efficace que les autres approches (notamment pour aider les individus à obtenir un emploi sur le marché du travail) est préférable à la mise en œuvre prolongée de stratégies, plus graduelles, de préparation à l'emploi ou de réentraînement dans des structures sociales ou de soin (« train then place »). Les principes de ce modèle sont clairement identifiés (13,44,45). Plusieurs méta-analyses relèvent ainsi pour la méthode IPS un taux d'insertion sur le marché du travail d'environ 60 % à l'issue d'un suivi de 18 mois en moyenne (allant de 6 à 30 mois), alors qu'il n'est que de 24 % avec les autres méthodes d'accompagnement vers l'emploi (46-50). L'efficacité de l'approche a aussi été montrée dans des contextes différents de ceux des études réalisées très majoritairement aux Etats-Unis, notamment en Europe (50-53). Les études relatives au soutien à l'emploi ont donné des résultats probants, surtout en ce

qui concerne les variables liées à l'emploi mais aussi, de façon plus nuancée, en ce qui concerne d'autres domaines tels que le fonctionnement social, les symptômes psychiatriques et l'estime de soi (16,54,55). Il a par ailleurs été montré que les bénéficiaires en sont majorés lorsque cette approche est associée à d'autres interventions (56-59).

Dans l'étude, la présence au travail à deux ans ainsi que l'obtention d'un emploi au cours des 24 mois, quel que soit le milieu d'activité, étaient liées au fait d'avoir fait des démarches visant l'insertion professionnelle. La majorité des caractéristiques individuelles étudiées (sociodémographiques, cliniques et professionnelles) ne semblaient pas expliquer le devenir professionnel des participants. Ceci montre l'importance de facteurs motivationnels dans le parcours d'insertion des personnes en situation de handicap psychique et sous-tend l'idée selon laquelle un tel programme doit être proposé sans restrictions (principe d'exclusion zéro). Nonobstant la difficulté à comparer ces résultats avec la littérature internationale, il est intéressant de prendre en compte les facteurs, individuels ou environnementaux identifiés par les auteurs et qui permettent de prédire positivement ou négativement la réintégration sur le marché du travail des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves (60,61). Corbière et al. précisent que ce sont les variables reliées au travail (engagement vers le travail, durée d'absence du marché du travail, intention d'obtenir un emploi sur le marché du travail) et sociodémographiques (aide financière reçue) qui permettent de prédire l'exercice d'une activité de travail et l'obtention d'un emploi « compétitif », celles-ci étant en général plus saillantes pour prédire les différents indicateurs d'insertion au travail, comparées aux variables cognitives et cliniques (associées au délai pour débiter un emploi) (61). L'utilisation de stratégies de recherche d'emploi ainsi que l'expérience antérieure de travail permettraient de mieux comprendre l'obtention d'un emploi sur le marché du travail (45). Mueser KT et al. ont indiqué que, dans les résultats d'études, la variable « antécédents professionnels » est toujours la plus significative pour prédire les résultats de réintégration au travail, car elle relève souvent des expériences de travail pré-morbides (62) ; selon cette même étude, les personnes qui voulaient travailler et qui avaient fait des efforts pour cela, étaient plus susceptibles de travailler.

Selon Corbière, certaines variables individuelles, bien connues de la littérature, influencent le processus de réintégration au travail (45) : le diagnostic psychiatrique, mais surtout les symptômes cliniques et cognitifs, les expériences antérieures de travail ou la durée d'absence du marché du travail, les aspects motivationnels (comportements de recherche d'emploi, sentiment d'efficacité personnelle) et le fait de percevoir une aide financière publique ou une



pension. À cela s'ajoutent des facteurs externes, tels que le stigmate social, la non accessibilité des services adéquats et une relation précaire avec le spécialiste en emploi, autant d'éléments qui peuvent rendre le retour au travail difficile. Ces facteurs environnementaux semblent jouer un rôle important dans le processus de réintégration au travail, notamment dans l'acquisition d'un emploi (63).

De leur côté, Lauzon et Lecomte font le constat qu'il n'existe aucun lien significatif entre le potentiel de travail des personnes au prise avec des troubles mentaux graves et la sévérité de leur diagnostic et leurs symptômes. La lourdeur des problématiques et la sévérité des symptômes auraient une influence secondaire sur les chances de succès de l'intégration au travail et dans le maintien en emploi et ce, en comparaison avec les antécédents de travail, la formation professionnelle, la qualité des habiletés sociales et relationnelles et la motivation des personnes (32). D'autres auteurs font un constat similaire et soutiennent qu'il y a peu de lien entre les résultats professionnels et le diagnostic, la sévérité des déficiences et les habiletés sociales (13,42,44,54,64,65). Certaines associations sont inconstamment retrouvées dans les études conduites, notamment en ce qui concerne les données sociodémographiques et cliniques. Toutefois l'un des principaux facteurs individuels prédicteurs de succès est l'expérience antérieure de travail (dont une histoire professionnelle récente) (42,66). En effet, l'antériorité est un élément fondamental à prendre en compte en matière de réhabilitation : « Pour chaque étape de la réhabilitation, le fait que la personne se soit déjà montrée capable de remplir un rôle social constitue un facteur de succès » (14). La motivation pour trouver un emploi régulier, et le sentiment d'efficacité personnelle ont également été relevés comme étant des facteurs importants (13,62). Vouloir travailler et croire que l'on peut travailler sont les meilleurs prédicteurs de travail (13).

Au vu de ces facteurs, des interventions psychoéducatives, cognitivo-comportementales, de remédiation cognitive, motivationnelle, ou d'entraînement aux habiletés sociales peuvent être proposées (13,16) afin de faciliter la (ré)insertion professionnelle des personnes prises en charges.

En ce qui concerne les pratiques de réhabilitation professionnelle, Corbière identifie et présente quatre types de programmes et services de réintégration au travail au travail offerts aux personnes avec un trouble mental grave : les ateliers protégés, les programmes d'emploi de transition (modèle du clubhouse), l'entreprise sociale ou à économie sociale ainsi que les programmes de soutien à l'emploi, précédemment explicités (45). En France, outre les mesures en faveur de l'emploi et de la formation des personnes handicapées prévues par la

législation dans une logique de compensation, nous observons des pratiques de réhabilitation diversifiées telles que les démarches de réinsertion soutenues dans les services hospitaliers (ateliers thérapeutiques ou d'ergothérapie), les centres de réadaptation, ou les Esat plus ou moins spécifiques à une typologie de handicap. Ces derniers offrent, en plus d'un soutien médico-social et éducatif, des possibilités d'intégration en milieu ordinaire de travail, par le biais d'activités à caractère professionnel en milieu ordinaire, voire d'une embauche directe en milieu ordinaire ; ils se veulent être un tremplin vers une insertion en milieu ordinaire de travail. Certains Esat, tels que les Esat dits « de transition » se sont clairement positionnés sur cette transition vers le milieu ordinaire via leur projet d'établissement. Or, les sorties vers le milieu ordinaire sont faibles : 0,38 % des usagers sont concernés (67). D'autre part, le premier « clubhouse » français a ouvert ses portes en région parisienne en 2011 ; il s'agit d'un lieu créé pour et avec des personnes fragilisées par les effets des troubles psychiatriques dans le but de faciliter leur socialisation et leur réinsertion professionnelle. Les ateliers et chantiers d'insertion offrent un modèle d'insertion par l'activité économique. Des formations peuvent être conduites afin de préserver et développer les compétences des personnes en situation de handicap psychique pour leur permettre d'accéder à un emploi adapté et valorisant. Enfin, il n'existe pas, en France, de mise en œuvre explicite de l'approche du « soutien à l'emploi » mais des pratiques qui s'en approchent se développent ; il s'agit notamment des accompagnements individualisés vers l'emploi en milieu ordinaire proposés par des associations œuvrant dans le champ du handicap psychique, les services public tels que Cap-emploi pouvant être démunis face à la complexité des situations. Dans une logique d'évaluation préalable de la situation de handicap, des capacités professionnelles ainsi que des capacités à occuper un emploi, des pratiques d'accompagnement vers l'emploi en milieu ordinaire par le biais de mises en situation sont mises en œuvre pour accompagner les personnes dans leur souhait de travailler. Les Esat de transition, en faisant de la réinsertion en milieu ordinaire un objectif central et en offrant soutien et accompagnement dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets individuels de chaque travailleur, constituent une pratique proche de l'esprit du « soutien à l'emploi » (48).

Dans le champ du travail, les dispositifs français offrent aux individus, selon une logique compensatoire, la possibilité d'avoir une activité rémunérée dans un milieu de travail adapté à leurs difficultés et capacités. Des associations se mobilisent afin de faciliter l'intégration de ce public fragilisé par des troubles psychiques ; elles développent des compétences en matière d'évaluation, d'accompagnement et de soutien à l'insertion professionnelle des personnes en

situation de handicap psychique. Nous pouvons citer, pour exemple, l'expérience, locale, de l'association Alpha dont le but est, selon le Dr Leguay, de « développer les dispositifs et services pour les personnes en situation de handicap psychique, indépendamment du champ sanitaire ». Elle offre des solutions d'aide à l'insertion professionnelle, en milieu protégé, par le biais d'Esat, et en milieu ordinaire de travail, via le service API. Ce dernier est parmi les structures françaises proposant un appui à l'évaluation des possibilités de réinsertion professionnelle (prestations financées par l'Agefiph), pour les personnes en situation de handicap éligibles aux obligations d'emploi pour travailleur handicapé (RQTH, AAH, pension d'invalidité). Il s'agit d'une structure d'appui à l'insertion et de réinsertion professionnelle en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap psychique assurant un accompagnement personnalisé pour : identifier les difficultés de la personne, soutenir l'élaboration et la validation d'un projet professionnel, accompagner la recherche d'un emploi, et favoriser le suivi ainsi que le maintien en emploi. Il met en œuvre des actions financées par l'Etat, les Conseils généraux, le Fond social européen (FSE) et l'Agefiph. Dans d'autres départements français, nous pouvons trouver des expériences similaires, telles que celle du Club Action, recherche, insertion et handicaps psychiques ou mentaux (Club Arhim) ou encore du Service d'insertion en milieu ordinaire de travail de l'association Route nouvelle Alsace (Simot).

Les interventions à visée professionnelle pourraient améliorer l'efficacité des stratégies thérapeutiques mises en œuvre, comme le suggèrent leurs effets bénéfiques sur la santé mentale (hospitalisations, observance thérapeutique, contrôle des symptômes), le fonctionnement social ou au travail, les troubles cognitifs (12,57,68), l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle ou la qualité de vie, notamment pour ceux qui obtiennent un emploi sur le marché du travail (54,55). Il est alors important d'intégrer la question de l'insertion professionnelle au parcours de réhabilitation des personnes en situation de handicap psychique, comme vecteur de rétablissement.

L'intégration ne passe pas toujours par l'insertion professionnelle ; il faut également prendre en compte la place du bénévolat et des activités occupationnelles non rémunératrices. En ce qui concerne le handicap psychique, il semble que les personnes soient placées devant l'alternative suivante : soit faire le choix de l'insertion professionnelle avec ses contraintes de stress, de fatigue, d'efforts permanents, et privilégier alors la reconnaissance sociale et, le salaire, soit s'engager vers la voie du non-travail, souvent honteuse dans notre société mais

garante parfois du maintien d'une meilleure santé mentale, et faire alors le choix d'un mode de rétablissement qui ne passe pas par un travail rémunéré (16,69).

Alors que l'attention des auteurs américains se porte sur la question de l'insertion en elle-même, celle des acteurs de terrain et des chercheurs français se porte sur les questions de l'évaluation des situations de handicap et des possibilités de réinsertion, mais aussi de l'accompagnement et de la prise en charge globale des personnes en situation de handicap psychique. Dans notre expérience, une équipe pluridisciplinaire se mobilise afin d'évaluer la situation de handicap psychique et de proposer des solutions adaptées aux difficultés de chaque personne prise en charge, en tenant compte des souhaits de cette dernière. Avec la loi de 2005<sup>4</sup>, comme toutes les autres personnes handicapées, la personne en situation de handicap psychique, a droit à la compensation des conséquences de son handicap afin de pouvoir exercer sa pleine participation citoyenne. Il est alors nécessaire de pouvoir évaluer les besoins de l'individu dans une approche globale, puis préciser les aides à mettre en place, mais aussi les articuler, et cela en s'appuyant sur son projet de vie. Plusieurs travaux, et notamment ceux portant sur l'évaluation du handicap d'origine psychique, mettent en avant la nécessité d'appréhender la personne, ou la situation de handicap, dans sa globalité ; ils exposent la pluralité des facteurs et dimensions à considérer (21-23). Le caractère global et pluridimensionnel de cette évaluation résulte, par conséquent, de compétences pluridisciplinaires (70). En outre, l'articulation des réponses qui en sont issues et l'accompagnement dans la mise en œuvre du projet de vie requièrent des compétences plurielles ainsi qu'une collaboration étroite entre les différents acteurs, du soin, de l'insertion, du secteur social et médico-social (71). Par ailleurs, des auteurs soulignent la nécessité de situer et d'intégrer les approches de réhabilitation psychosociale dans une perspective globale de prise en charge de la personne, l'intervention de réhabilitation répondant à un projet individuel de réhabilitation (14,70,72).

A la différence de nombreuses maladies, où l'on peut distinguer un temps de la maladie et un temps du handicap (qui correspond le plus souvent aux séquelles de la maladie) la personne souffrant de troubles psychiques graves, et notamment l'individu souffrant de schizophrénie, est simultanément malade et en situation de handicap (28). Le processus de réhabilitation psychosociale intègre des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux. Pluridimensionnel et dynamique, il s'inscrit dans la durée. Il est alors important d'inscrire d'emblée la question de l'insertion sociale et professionnelle (28) et de pouvoir proposer une

évaluation globale et répétée dans le temps de la situation de handicap ainsi qu'un accompagnement continu. En effet, les parcours d'insertion sont souvent longs, et les projets de vie des usagers sont sujets à évolution. L'émergence d'un projet de vie adapté aux difficultés de la personne peut passer par un long processus de deuil des capacités antérieures et de déconstruction de projets initiaux qu'il est nécessaire d'accompagner (22). Cette construction s'intègre et évolue dans une démarche d'évaluation globale qui se comprend alors comme un processus dynamique. En outre, la complexité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique doit inciter les acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux et de l'insertion à travailler en réseau afin de mutualiser les savoirs, de mobiliser des compétences complémentaires pour répondre à la demande d'intégration de la personne. Il s'agit d'offrir un ensemble de services à la personne « à la carte », dans son milieu de vie, en associant évaluation, soin, compensation et accompagnement de manière coordonnée, pour une pleine participation citoyenne ; tels sont les enjeux de la prise en charge de ce public (72).

Dans cette étude, certaines personnes ont obtenu un emploi mais ne sont pas restées en situation d'emploi. A noter, certaines ont eu des arrêts de travail qui n'ont pas été pris en compte. Or, comme souligné par divers travaux, le maintien en emploi n'est pas chose aisée pour les personnes en situation de handicap psychique : il est généralement de courte durée, souvent moins de cinq mois, à l'issue de programmes de soutien à l'emploi, pratique ayant fait la preuve de son efficacité en matière d'aide à l'insertion professionnelle (45,57,73). Pour les personnes qui détiennent un emploi de type compétitif, le conserver reste difficile (74). L'OMS rappelle que l'absentéisme est une des conséquences des problèmes de santé mentale sur le marché de l'emploi (1). Cela pose alors la question du rôle du médecin du travail pour qui la préservation de la santé mentale, la prévention de la désinsertion socio-professionnelle et le maintien en emploi des travailleurs, quel que soit leur milieu d'activité, sont parmi les missions. Dans le cadre du droit à la compensation, des aménagements du poste de travail peuvent être requis, après avoir identifié les besoins spécifiques du fait du handicap (horaires de travail, temps de travail, tutorat, etc.), afin de faciliter l'intégration au travail et assurer la participation professionnelle du salarié (75). Compte-tenu de la spécificité des troubles psychiques, un appui technique peut-être nécessaire dans l'évaluation de la situation de handicap afin de proposer des solutions d'intervention et de compensation adaptées. Le réseau galaxie rappelle la pertinence du recours à un service spécialisé externe à l'entreprise jouant le rôle d'interface de communication (76). Une collaboration entre le médecin du travail et un

service tiers spécialisé, leviers identifiés par ce réseau comme indispensables au maintien dans l'emploi, pourrait porter sur deux éléments : tout d'abord, sur une évaluation des compétences psychosociales et du fonctionnement neurocognitif de la personne mise en lien avec une analyse du poste de travail afin de pouvoir évaluer au mieux la situation de handicap, puis, sur un échange associant l'encadrement hiérarchique et le collectif de travail sur les aménagements possibles (ou non) et sur les conditions à tenir afin de pouvoir proposer des solutions adaptées et réalisables. Par ailleurs, comme le souligne ce dernier réseau, les services de santé au travail sont parfois démunis, non pas dans l'appréciation des troubles, mais sur les ressources (outils et dispositifs) interne et externes à l'entreprise mobilisables et susceptibles de compléter leur intervention, que ce soit dans une logique de maintien au poste de travail, de reclassement professionnel, ou d'une décision d'inaptitude temporaire ou durable au travail (76). Cela soutient l'intérêt de l'existence d'un service spécialisé, externe à l'entreprise, afin de répondre à ce besoin d'information, mais aussi d'aide à l'évaluation, d'acteurs tels que les services de santé au travail, concernés par les situations de handicap psychique.

Le programme de réhabilitation et d'aide à la réinsertion socio-professionnelle proposé par la structure Orion 49 comprend des interventions dites « de pointe » reconnues (14,77-84). Des auteurs ayant souligné l'intérêt de combiner les interventions de réhabilitation psychosociale (83,84), les approches combinées, telles que le programme dont il s'agit ici, alliant entraînement aux habilités sociales, psychoéducation, voire, pour certains participants, de la remédiation cognitive, prennent alors tout leur sens.

La baisse de la consommation globale en soins psychiatriques (nombre de jours, nombre de jours moyen par personne) dans les suites du programme de réhabilitation indique qu'une telle intervention de réhabilitation, conduite dans une unité de soins ambulatoire, via la mobilisation de compétences plurielles et un travail en réseau, est « économique en soins ». Le programme pourrait avoir un impact positif sur la santé mentale des participants (prévention des rechutes, diminution des symptômes). Toutefois, le nombre moyen de jours de prise en charge « plein temps » par personne a augmenté dans les suites de la session, bien que moins d'usagers soient concernés par une prise en charge « plein temps » et que le nombre de jours de prise en charge selon cette modalité ait baissé [Annexes 7 à 9]. Ceci indique que, dans les suites de la session, certains participants ont été plus longtemps hospitalisés que les autres.

D'un autre côté, les approches et interventions développées dans le champ des troubles mentaux persistants et du handicap psychique se rapprochent de celles mises en œuvre dans le champ des pathologies et du handicap physiques. Des dispositifs français, désormais bien établis, visent à promouvoir l'insertion, prévenir le risque de désinsertion sociale et professionnelle et maintenir une dynamique d'insertion de publics fragilisés par des pathologies physiques.

En premier lieu, l'approche visant à remobiliser l'utilisateur présentant une atteinte à la santé, de façon pluridisciplinaire, autour d'un projet de vie individualisé et à l'accompagner dans l'élaboration et la mise en œuvre de ce projet a aussi été développée en médecine physique et de réadaptation (MPR). L'association Comète-France peut être citée comme exemple de modèle d'intervention précoce et pluridisciplinaire. Celle-ci s'est attachée à ce que la « démarche précoce d'insertion » socioprofessionnelle (DPI) soit inscrite dans des documents de référence (85-87) qui mettent en évidence l'importance d'articuler étroitement les actions d'insertion professionnelle avec les autres dimensions de la prise en charge des personnes hospitalisées dans les unités de rééducation (88). Comète-France met en œuvre, dans des établissements ou services de soins de suite et de réadaptation (SSR), spécialisés en MPR, au travers d'équipes pluridisciplinaires, une prise en charge précoce des problématiques sociales et professionnelles des patients hospitalisés, afin de maintenir une dynamique socio-professionnelle et de limiter les risques de désinsertion sociale. Ce réseau a une action sur le retour et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap physique, en milieu ordinaire de travail, comme le montre une étude réalisée en 2007 ; cette dernière conclue que le retour à l'emploi, pour les patients ayant des atteintes médullaires ou cérébrales, est deux fois plus fréquent lorsqu'ils ont été suivis par une équipe Comète-France (89,90). Dans le champ du handicap psychique, une telle approche ne pourrait s'envisager, sans des soins (garants d'une stabilité psychique) et un accompagnement continu.

En deuxième lieu, les acteurs œuvrant dans le champ du handicap psychique agissent sur le rétablissement des personnes au travers de soins et les accompagnent dans leur parcours d'insertion afin de répondre à l'objectif de (ré)insertion de la réhabilitation psychosociale. Or, des modèles de prise en charge similaires, visant notamment le réentraînement des fonctions déficientes ou la compensation des difficultés afin de prévenir la désinsertion, ont été mis en place pour d'autres publics et plus particulièrement pour les adultes souffrant de lombalgie chronique, ou bien encore pour les personnes cérébrolésées (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, tumeur, etc.). Les principes d'évaluation globale, de pluridisciplinarité, ainsi que de travail en réseau sont aussi retrouvés dans le domaine du handicap physique. Les

expériences du réseau Lombaction, puis du dispositif Arceau-Anjou peuvent être citées pour exemple.

Le dispositif régional Lombaction, administré par l'association Mission lombalgie emploi (MLE), est un réseau multidisciplinaire constitué de professionnels de santé se donnant pour mission la prise en charge globale et la prévention des lombalgies en milieu de travail. Deux actions sont essentiellement menées pour, notamment, prévenir les risques d'exclusion socioprofessionnelle que génère cette pathologie : un reconditionnement à l'effort des patients et une action conjointe dans le milieu de travail. Des études montrent qu'un tel programme permet d'obtenir des résultats favorables sur le maintien dans l'emploi avec notamment une réduction de 60 % de la durée des arrêts de travail dans l'année suivant le programme de reconditionnement à l'effort (91) et une diminution de 42 % du nombre de jours d'arrêt dans les six mois (92). Sur ce même modèle, l'intervention d'un tiers expert en entreprise, telle que précédemment évoquée, pourrait permettre, combinée à des soins de réhabilitation psychosociale, de maintenir dans l'emploi des personnes en situation de handicap psychique.

Enfin, Arceau-Anjou promeut une approche, en matière de prise en charge et d'accompagnement des personnes accueillies, proche de celle de la réhabilitation psychosociale (14,72), selon deux versants : un premier orienté vers la personne prise en charge et un deuxième orienté vers l'environnement afin de compenser la situation de handicap et d'inclure la personne dans milieu « ordinaire » de vie. La réhabilitation comprend, en effet, deux stratégies d'intervention : le développement de compétences personnelles et la compensation des difficultés de l'utilisateur d'une part, ainsi que le développement d'un soutien environnemental d'autre part. C'est en cela que ces modèles se rapprochent. Le dispositif Arceau-Anjou, géré par la Mutualité française Anjou-Mayenne (MFAM), s'adresse à des personnes présentant des lésions cérébrales acquises. Il accompagne, généralement suite à une orientation MDA, les personnes et leurs proches pour la vie à domicile, l'accueil dans un établissement adapté, la reprise d'une activité professionnelle en milieu ordinaire ou protégé, ou encore la reconstruction de la vie sociale. Arceau-Anjou comprend, entre autres, une entreprise adaptée, un Esat et une unité de conseil d'évaluation et d'orientation (Ucéo), service d'appui, de soutien, de conseil et d'aide au maintien dans l'emploi en milieu ordinaire de travail. De plus, le dispositif propose, sur orientation de la MDA, une prise en charge de groupe proche de celle portée par le service Orion 49 destinée aux personnes en situation de handicap psychique, les Uéros (unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle). Les conditions d'organisation et de fonctionnement de tels services sont



fixées par décret<sup>5</sup>. Les Uéros « Arceau-Anjou » assurent les prestations suivantes : évaluation des capacités, réentraînement, préparation à l’insertion sociale et professionnelle, proposition d’orientations et conseils auprès de la MDA. Une étude, conduite en Aquitaine, s’est attachée à explorer, notamment, le devenir professionnel de stagiaires Uéros. Celle-ci a montré que, cinq ans après le début de la prise en charge, près de 39 % des personnes ont une activité rémunérée, soit une proportion plus importante que dans notre travail (93). Cependant notre étude faisait un bilan à deux ans et nous n’avons pas de visibilité à cinq ans ; nous ne pouvons exclure le fait que le taux d’emploi ait poursuivi son accroissement au-delà de la période étudiée.

---

<sup>5</sup> Décret n° 2009-299 du 17 mars 2009 relatif aux conditions d’organisation et de fonctionnement des unités d’évaluation, de réentraînement et d’orientation sociale et socioprofessionnelle (UÉROS) pour personnes cérébro-lésées.

## **5. Conclusion**

Le milieu de travail est un lieu important d'insertion sociale ; il est pourvoyeur d'estime de soi, d'accomplissement personnel, de participation sociale. Le travail est un droit fondamental et constitue un élément essentiel de la réadaptation en psychiatrie. Or, alors que la majorité des personnes souffrant de troubles psychiques expriment le souhait de travailler, leur insertion professionnelle reste insatisfaisante (14). Ce constat est en accord avec les résultats de notre étude qui a permis de repérer le devenir professionnel d'usagers en situation de handicap psychique après leur participation à un programme de réhabilitation psychosociale. La pluralité des obstacles et déterminants de l'insertion au travail identifiés par les auteurs (préjugés, modalités et structures des programmes et services, caractéristiques de la personne) constituent des pistes de réflexion sur les moyens à mettre en œuvre afin d'aider les personnes en situation de handicap psychique dans leur volonté de réinsertion (36). Il semble important, en France, de promouvoir les initiatives visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec un trouble psychique (formation et information des employeurs, des partenaires de l'insertion, de la population active) ou à faciliter la coordination des acteurs. La mise en œuvre d'actions proches du modèle du soutien à l'emploi, notamment dans le cadre d'interventions combinées de réhabilitation, devrait être encouragée. Le développement de structures de soins proposant des interventions de réhabilitation psychosociale (programmes structurés) est indispensable afin d'agir sur les facteurs individuels modifiables influençant le processus de réintégration au travail des personnes en situation de handicap psychique.

D'autres études sont nécessaires afin d'évaluer l'impact de ce programme. Néanmoins, cette étude soulève des interrogations pouvant faire l'objet d'études ultérieures.

Un modèle de prise en charge holistique, dans l'esprit de celui du « case management » développé notamment aux Etats-Unis (94), semble manquer dans le système français afin de décroiser les prises en charges et de veiller à la cohérence des parcours de vie des personnes (14). Par ailleurs, l'évaluation des situations de handicap psychique, comme souligné dans divers travaux (21-23) est difficile, du fait des caractéristiques multiples des altérations psychiques, de la variabilité mais aussi de l'imprévisibilité des phases des maladies mentales (70). Aussi, dans la continuité de l'expérimentation des équipes spécialisées d'évaluation du handicap psychique (Esehp), et pour répondre à un besoin croissant d'appui

en matière d'évaluation (MDA, etc.) le concept de « centre ressource » a été développé. Ce type de dispositif, déjà inscrit dans les textes<sup>2</sup>, existe pour d'autres formes de handicap (autisme, handicaps rares) depuis plusieurs années et, plus récemment pour le handicap psychique. Cet outil, constitue « une réponse opérationnelle, pluridisciplinaire et coordonnée, pour une prise en charge globale des bénéficiaires ». Il n'a pas pour vocation à se substituer aux dispositifs d'accueil et d'orientation existants, mais il doit s'intégrer dans l'offre de service déjà proposée et, en créant du lien entre les partenaires sanitaires et médico-sociaux, favoriser la coordination des acteurs (95). Un Crehpsy, porté par le Cesame et l'association Handi-Psy Pays de la Loire, existe depuis peu dans la région Pays de la Loire. Ce nouvel outil, dont le pôle régional est situé à Angers, s'inscrit dans le prolongement de l'expérience locale du service Alpha-API et du service Orion 49. Le Crehpsy a la charge des missions, régionales, de formation et d'information des professionnels, et il délègue, notamment, à Etahp, dispositif territorial opérationnel situé à Angers, la mission d'évaluation des situations de handicap psychique. Par ailleurs, les souhaits des usagers peuvent ne pas être en adéquation avec leurs capacités persistantes ; ils correspondent parfois plus à l'expression de projets que les personnes auraient aimé conduire si elles n'avaient pas été malades (22). Compte tenu de ces éléments, il serait intéressant d'évaluer, dans une population de personnes prises en charge au sein d'un tel dispositif d'évaluation multidisciplinaire (Etahp et autres dispositifs territoriaux), dans quelle mesure les orientations proposées par les professionnels, coïncident, ou diffèrent des souhaits des usagers tels qu'ils sont recueillis lors de l'accueil, notamment dans le champ de l'insertion professionnelle.

D'après cette étude, les pratiques de réhabilitation conduites dans le milieu de vie des personnes, et la mise en œuvre d'un accompagnement en partenariat avec une pluralité d'acteurs, visant le rétablissement et l'insertion dans la communauté, auraient un impact positif sur la consommation de soins. Cela constitue un argument en faveur du développement de dispositifs et services pour les personnes en situation de handicap psychique prenant place en dehors du secteur hospitalier. D'autres études sont nécessaires afin de soutenir cette idée ; il serait par exemple intéressant d'étudier l'évolution de la prise en charge sanitaire des personnes qui intègrent un Esat.

D'autre part, prédire le devenir professionnel à partir des caractéristiques individuelles semble difficile, comme le montrent les différentes conclusions des recherches conduites (96). Les facteurs individuels ont été rapportés comme étant de plus fort prédicteurs du devenir professionnel pour des groupes issus de la communauté que pour des groupes suivant un programme de soutien à l'emploi (97). Cook et Razzano observent que les résultats

empiriques peuvent parfois paraître contradictoires et stipulent qu'une des raisons principales de ces divergences peut être due au type d'indicateur d'insertion au travail ciblé ; ils suggèrent donc d'en évaluer plusieurs (60,61). En effet, les prédicteurs significatifs de l'insertion au travail sont de nature différente selon les indicateurs d'insertion ciblés (61). Une étude cas-témoins pourrait permettre d'identifier plus finement les déterminants de l'insertion professionnelle, en France, des personnes souffrant de troubles psychiques graves, afin de poursuivre plus avant la réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour faciliter leur insertion.

Des auteurs soulignent la difficulté de maintenir un travail, notamment sur le marché de l'emploi, pour les personnes présentant des troubles psychiatriques persistants (11,74) et l'importance d'aider les personnes à maintenir leur emploi par un soutien continu (60). Cook et Razzano, dans leur synthèse de résultats de programmes à visée professionnelle, identifient trois sphères problématiques liées à une moins bonne performance à l'emploi : les symptômes psychotiques, les lacunes au niveau des habiletés sociales et les déficits cognitifs (60). Elles peuvent alors constituer des leviers d'actions justifiant la mise en œuvre d'interventions visant à prévenir la désinsertion socioprofessionnelle des usagers. Ainsi, en dépit des pratiques et services visant l'insertion professionnelle existants, des auteurs soulignent l'intérêt d'interventions, particulières ou complémentaires, afin de permettre aux usagers un meilleur fonctionnement au travail et donc une meilleure intégration (45,98-100). Dans une étude ultérieure, il serait intéressant d'étudier l'impact de pratiques telles que des thérapies de remédiation cognitive ou des interventions d'entraînement aux habiletés sociales sur le maintien en emploi (arrêts de travail, nombre de jours de travail, nombre d'heures de travail, nombre d'emplois, emploi le plus long) en milieu ordinaire ou protégé de travail.

Enfin, les services de santé au travail sont des acteurs de premier niveau concernés par l'intégration et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap psychique. En effet, prévenir l'émergence de troubles de santé mentale dans les entreprises et le risque de désinsertion professionnelle (pour raison de santé mentale ou de handicap psychique) passe par une intervention sur l'organisation du travail. Cette mission revient plus particulièrement aux médecins spécialisés en médecine et santé au travail, acteurs de proximité au sein des entreprises. Alors que de nouvelles problématiques de santé au travail émergent, il est désormais important de sensibiliser ces derniers aux outils et dispositifs existants, et de pouvoir répondre à leurs besoins de formation, d'information, mais aussi d'aide à l'évaluation. Un travail en partenariat avec l'ensemble des acteurs est garant du maintien d'une dynamique socio-professionnelle et d'une cohérence des parcours des personnes.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Gaston H, Gabriel P. Mental health and work: impact, issues and good practices. Geneva: World Health Organisation; 2000.
2. Chevreul K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental disorders in France. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013 Aug;23(8):879-86.
3. Couty E, Cecchi-Tenerini R. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports. Paris: Ministère de la santé et des sports; 2009. 86p.
4. Glowinski J, Levi MH, Ministère délégué à l'Enseignement supérieur et à la Recherche. Plan national du cerveau et des maladies du système nerveux. Paris: La Documentation française; 2007 Jan. 75p.
5. Ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale. Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Paris: Ministère du travail de l'emploi et de la santé; 2012 Feb. 43p.
6. Laporte A, Chauvin P. Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France [Internet]. Paris: Observatoire du Samu social; 2010 [cited 2014 Jun 4]. 227p. Available from: <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925>
7. Union européenne. Conclusions du Conseil sur le pacte européen pour la santé mentale et le bien-être: résultats et action future. *OJ, C 202*; 2011 Jul 08 : 1-3.
8. Vallier N, Saba G, Ricordeau P, Fender P, Allemand H. Motifs médicaux et environnement socioprofessionnel des assurés en arrêt de travail du régime général. Paris: CNAMTS; 2004 Oct. 35p.
9. Cuerq A, Paita M, Ricordeau P, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Les causes médicales de l'invalidité en 2006. *Points de repère*; 2008 Jul;(16):8p.
10. Gros C, Billaroch J, De Chamisso G, Agence Presse-papiers (Créteil, 2010 Jan 29). L'urgence de la recherche en psychiatrie. Dossier de presse, janvier 2010 [Internet]. Fondation FondaMental; 2010 [cited 2014 Jun 5]. 9p. Available from: [http://www.fondation-fondamental.org/upload/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_final\\_29012010.pdf](http://www.fondation-fondamental.org/upload/pdf/dossier_de_presse_final_29012010.pdf)
11. Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ*. 2001 Jan 27;322(7280):204-8.

12. Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1995;21(4):645-56.
13. Rinaldi M, Perkins R, Glynn E, Montibeller T, Clenaghan M, Rutherford J. Individual placement and support: from research to practice. *Adv Psychiatr Treat.* 2008;14:50-60.
14. Leguay D, Giraud-Baro E, Lièvre B, Dubuis J, Cochet A, Roussel C, Duprez M, Bantman P, Roelandt JL, Vidon G, Comité français pour la réhabilitation psychosociale (Reh@b'). Le Manifeste de Reh@b'. Propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants [Internet]. Comité français pour la réhabilitation psychosociale; 2008 [cited 2014 May 22]. 51 p. Available from: <http://www.rehabilite.fr/p/documents.html>
15. Busnel M. L'emploi : un droit à faire vivre pour tous. Evaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi, prévenir la désinsertion socio-professionnelle. Paris: Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville; 2009. 71p.
16. Latimer E, Lecomte T. Le soutien à l'emploi de type " IPS " pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves : une voie d'avenir pour le Québec? *Santé mentale au Québec.* 2002;27(1):241-67.
17. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
18. Salazar K, Berhuet S, Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées Pays-de-la-Loire. Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés des Pays-de-la-Loire : Tableau de bord, janvier 2014 (données 2012 et partielles 2013) [Internet]. Nantes: Préfecture de la région Pays-de-la-Loire, AGEFIPH; 2014 [cited 2014 May 22]. 49p. Available from: [http://www.handipole.org/IMG/pdf/Tableau\\_bord\\_PRITH\\_PdL\\_version\\_actualisee\\_10fevrier\\_2014.pdf](http://www.handipole.org/IMG/pdf/Tableau_bord_PRITH_PdL_version_actualisee_10fevrier_2014.pdf)
19. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012. Paris: CNSA; 2008 Jun. 46p.
20. Agence Régionale de Santé des Pays-de-la-Loire. Priorité handicap & vieillissement 2012-2016. PRIAC - Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie. Nantes: ARS Pays-de-la-Loire; 2014 Mar: 528-63.
21. Barreyre JY, Makdessi Y, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées,

- Délégation ANCREAI Ile-de-France, Centre d'Etudes de Documentation d'Information et d'Action Sociale. Handicap d'origine psychique et évaluation des situations. Volet 1: Recherche documentaire. Paris: CNSA-CEDIAS; 2007. 87p.
22. Barreyre JY, Peintre C, Asencio AM, Fiacre P, Le Duff R, Gregoire P, Mautuit D, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, Centre d'Etudes de Documentation d'Information et d'Action Sociale. Handicaps d'origine psychique et évaluation des situations. Volet 2: Synthèse de la phase "terrains". Paris: CNSA-CEDIAS; 2009. 54p.
23. Association Galaxie, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Situation de handicap psychique : de l'évaluation à la compensation. Expérimentation prospective des ESEHP [Internet]. Saint-Etienne: Association Galaxie; 2009 [cited 2014 Jun 1]. 132 p. Available from: [http://www.reseau-galaxie.fr/documentation/Rapport\\_final\\_ESEHP\\_Definitif.pdf](http://www.reseau-galaxie.fr/documentation/Rapport_final_ESEHP_Definitif.pdf)
24. Vidon G. La réhabilitation psychosociale en psychiatrie. Paris, France: Éd. Frison-Roche ; 1995. 485p.
25. Lalonde P. Le modèle vulnérabilité-stress et les interventions efficaces dans la schizophrénie. In: Lalonde P, Deleu G, Chambon O. Thérapie psychoéducative familiale et psychoses chroniques. Charleroi (Belgique): Socrate-Editions; 1999.
26. Anthony WA, Liberman RP. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophr Bull.* 1986;12(4):542-59.
27. Deleu G. Les grands principes de la réhabilitation psychosociale. In: Lalonde P, Deleu G, Chambon O. Thérapie psychoéducative familiale et psychoses chroniques. Charleroi (Belgique): Socrate-Editions; 1999.
28. Isserlis C, Durand B, Barroche MB, Barres M, Pachoud B, Escaig B. La réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée. *Pluriels : la lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale.* 2012;(94-95):16p.
29. Lepoutre R, Kannas S, Massé G, Leguay D, Dubuis J, Bantman P, Giraud-Baro E, Vidon G. Soigner et réhabiliter: après le congrès de Réh@b'. *Pluriels : la lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale.* 2006;(54-55):16p.
30. World Health Organization, World Association for Psychosocial Rehabilitation. Psychosocial rehabilitation a consensus statement. Geneva: World Health Organization, 1996.
31. World Health Organization, European Commission Health and Consumers Directorate-General. User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office of Europe. World Health Organization, 2010.

32. Lauzon G, Lecomte Y. Rétablissement et travail. *Santé mentale au Québec*. 2002;27(1):7-34.
33. Levaux MN, Laroi F, Danion JM, Van der Linder M. Remédiation cognitive des patients schizophrènes dans les pays francophones. *EMC Psychiatrie*. 2009 ;37-295-E-12.
34. Kerdommarek L, Martineau D, Institut national de la statistique et des études économiques. Retour sur 30 années de taux de chômage dans les Pays de la Loire : un tournant dans les années 1990 [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. 2014 [cited 2014 Jun 5]. Available from: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=3&ref\\_id=20313](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=3&ref_id=20313)
35. Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, McNary S, Postrado L, Hackman A, McDonnell K. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Feb;59(2):165-72.
36. Corbière M, Bordeleau M, Provost G, Mercier C. Obstacles à l'insertion socioprofessionnelle de personnes ayant des problèmes graves de santé mentale : données empiriques et repères théoriques. *Santé mentale au Québec*. 2002;27(1):194-217.
37. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D, Stroup S, Hsiao JK, Lieberman J; CATIE Study Investigators Group. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006 Mar;163(3):411-7.
38. Cook JA. Employment barriers for persons with psychiatric disabilities: update of a report for the President's Commission. *Psychiatr Serv*. 2006 Oct;57(10):1391-405.
39. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004 May;39(5):337-49.
40. Stuart H. Stigma and work. *Healthcare Pap*. 2004;5(2):100-11.
41. Crowther R, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2):CD003080.
42. Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF, Bell MD, Blyler CR. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*. 2001 Mar;52(3):313-22.
43. Cook JA, Leff HS, Blyler CR, Gold PB, Goldberg RW, Mueser KT, Toprac MG, McFarlane WR, Shafer MS, Blankertz LE, Dudek K, Razzano LA, Grey DD, Burke-Miller J. Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 May;62(5):505-12.
44. Rinaldi M, Perkins R. Vocational rehabilitation for people with mental health problems. *Psychiatry*. 2007 Sep;6(9):373-76.



45. Corbière M, Durand M-J. Du trouble mental à l'incapacité au travail: une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'interventions. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2011. 408 p.
46. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Becker DR. An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 1997 Mar;48(3):335-46.
47. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J*. 2008 Spring;31(4):280-90.
48. Pachoud B, Allemand C. Le soutien à l'emploi (ou les pratiques de "job coaching"): une nouvelle stratégie d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. *L'évolution psychiatrique*. 2013;78(1):107-17.
49. Becker DR, Drake RE, Bond GR. Benchmark outcomes in supported employment. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2011;14(3):230-6.
50. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*. 2012 Feb;11(1):32-9.
51. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber C, Rössler W, Tomov T, van Busschbach J, White S, Wiersma D; EQOLISE Group. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007 Sep 29;370(9593):1146-52.
52. Latimer EA, Lecomte T, Becker DR, Drake RE, Duclos I, Piat M, Lahaie N, St-Pierre MS, Therrien C, Xie H. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2006 Jul;189:65-73.
53. Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S, Kupper Z. A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatr Scand*. 2012 Feb;125(2):157-67.
54. Bond GR, Resnick SG, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Bebout RR. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol*. 2001 Jun;69(3):489-501.
55. Bond GR, Drake RE. Making the case for IPS supported employment. *Adm Policy Ment Health*. 2014 Jan;41(1):69-73.
56. McGurk SR, Mueser KT, Feldman K, Wolfe R, Pascaris A. Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007 Mar; 164(3):437-41.

57. McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A. Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophr Bull.* 2005 Oct;31(4):898-909.
58. Tsang HWH, Chan A, Wong A, Liberman RP. Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2009 Jun; 40(2):292-305
59. Wallace CJ, Tauber R. Supplementing supported employment with workplace skills training. *Psychiatr Serv.* 2004 May;55(5):513-5.
60. Cook JA, Razzano L. Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophr Bull.* 2000;26(1):87-103.
61. Corbière M, Mercier C, Lesage A, Villeneuve K. L'insertion au travail de personnes souffrant d'une maladie mentale: analyse des caractéristiques de la personne. *Can J Psychiatry.* 2005;50(11):722-33.
62. Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2001;27(2):281-96.
63. Corbière M, Zaniboni S, Lecomte T, Bond G, Gilles PY, Lesage A, Goldner E. Job acquisition for people with severe mental illness enrolled in supported employment programs: A theoretically grounded empirical study. *J Occup Rehabil.* 2011 Sep;21(3):342-54.
64. Evans JD, Bond GR, Meyer PS, Kim HW, Lysaker PH, Gobson PJ, Tunis S. Cognitive and clinical predictors of success in vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2004 Oct 1;70(2-3):331-42.
65. MacDonald-Wilson KL, Rogers ES, Anthony WA. Unique issues in assessing work function among individuals with psychiatric disabilities. *J Occup Rehabil.* 2001 Sep;11(3):217-32.
66. Burke-Miller JK, Cook JA, Grey DD, Razzano LA, Blyler CR, Leff HS, Gold PB, Goldberg RW, Mueser KT, Cook WL, Hoppe SK, Stewart M, Blankertz L, Dudek K, Taylor AL, Carrey MA. Demographic characteristics and employment among people with severe mental illness in a multisite study. *Community Mental Health Journal.* 2006 Apr;42(2):143-59.
67. Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux. Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en ESAT [Internet]. Saint-Denis: ANESM; 2013 [cited 2014 Jun 5]. 90 p. Available from: [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM\\_RBPP\\_-\\_Handicapes-Travailleurs\\_en\\_ESAT.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM_RBPP_-_Handicapes-Travailleurs_en_ESAT.pdf)

68. Bio DS, Gattaz WF. Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2011 Mar;126(1-3):265-9.
69. Bonnet C, Arveiller JP. Les enjeux de l'emploi pour les personnes handicapées psychiques. *L'information psychiatrique.* 2008 Nov 1;84(9):835-40.
70. Pachoud B, Leplège A, Plagnol A. La problématique de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique : les différentes dimensions à prendre en compte. *Revue française des affaires sociales.* 2009;1-2(1):257-77.
71. Barreyre JY, Peintre C, Boulon Y, Louviot C, Molto J, Lafont-Rapnouil S, Masson R, Gilbert P, Canneva J, Kannas S, Finkelstein C. Evaluation et handicap psychique : la coordination des acteurs. *Pluriels : la lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale.* 2010;(81):16 p.
72. Duprez M. Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique.* 2008;84(10):907-12.
73. Mueser KT, Aalto S, Becker DR, Ogden JS, Wolfe RS, Schiavo D, Wallace CJ, Xie H. The effectiveness of skills training for improving outcomes in supported employment. *Psychiatr Serv.* 2005 Oct;56(10):1254-60.
74. Corbière M, Lesage A, Villeneuve K, Mercier C. Le maintien en emploi de personnes souffrant d'une maladie mentale. *Santé mentale au Québec.* 2006;31(2):215-35.
75. Le Roy-Hatala C, Programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés 92. *Handicap psychique et emploi : pour mieux comprendre et accompagner les personnes handicapées psychiques dans leur insertion professionnelle.* Nanterre: PDITH 92; 2008.
76. Association Galaxie. *Troubles psychiques et maintien dans l'emploi : l'expérience du réseau Galaxie. Entreprise et handicap psychique : des pratiques en questions.* 2008 Oct;2. [cited 2014 Jun 5]; Available from: [http://www.reseau-galaxie.fr/documentation/Article\\_maintien\\_emploi\\_Entreprises\\_et\\_handicap.pdf](http://www.reseau-galaxie.fr/documentation/Article_maintien_emploi_Entreprises_et_handicap.pdf)
77. Isserlis C, Durand B, Barroche MB, Barres M, Pachoud B, Escaig B. La réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée. *Pluriels : la lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale.* 2012;(94-95):16p.
78. d'Amato T, Bation R, Cochet A, Jalenques I, Galland F, Giraud-Baro E, Pacaud-Troncin M, Augier-Astolfi F, Llorca PM, Saoud M, Brunelin J. A randomized, controlled trial of computer-assisted cognitive remediation for schizophrenia. *Schizophr Res.* 2011 Feb;125(2-3):284-90.
79. Franck N. Remédiation cognitive en psychiatrie. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive.* 2012 Sept;22(3):81-5.

80. Chabannes JP, Bazin N, Leguay D, Nuss P, Peretti CS, Tatu P, Hameg A, Garay RP, Ferreri M. Intérêt du programme éducationnel Soleduc® pour la prévention des rechutes dans la schizophrénie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2009 Mar;167(2):115-8.
81. Petitjean F. Les effets de la psychoéducation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2011 Apr;169(3):184-7.
82. Cochet A, Saoud M, Gabrielle S, Broallier V, El Asmar C, Daléry J, d'Amato T. Impact de la remédiation cognitive dans la schizophrénie sur les stratégies de résolution de problèmes et l'autonomie sociale : utilisation du logiciel REHACOM®. *L'Encéphale*. 2006 Apr;32(2):189-95.
83. Farkas M, Jansen MA, Penk WE. Psychosocial rehabilitation: approach of choice for those with serious mental illnesses. *Journal Rehabil Res Dev*. 2007;44(6):vii-xxi.
84. Mc Gurk SR, Eack SM, Kurtz M, Mueser KT. Cognitive Remediation and Psychosocial Rehabilitation for Individuals with Severe Mental Illness. *Rehabil Res Pract*. 2012;2012:1-2.
85. Société Française de Médecine physique du Travail, Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation, Association Comète France. Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation : Recommandations [Internet]. Paris: SOFMER, SFMT, Comète France; 2011. 33 p. Available from: [http://www.sofmer.com/download/sofmer/reco\\_DPISP.pdf](http://www.sofmer.com/download/sofmer/reco_DPISP.pdf)
86. Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur ou/et neuropsychologique. Conférence de consensus, 29 Sep 2004, Cité des Sciences et de l'Industrie, Paris la Villette [Internet]. Paris: ANAES; 2004 [cited 2014 Jun 6]. 22p. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie\\_monde\\_hospitalier\\_long.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_monde_hospitalier_long.pdf)
87. AFNOR. Médecine physique et de réadaptation, démarche précoce d'insertion, engagements de service. NF S99-137. Paris : AFNOR, novembre 2004.
88. Broudic P, Inspection Générale des Affaires Sociales. Organisation et financement des actions de prévention et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle des patients hospitalisés en soins de suite et de réadaptation. Paris: IGAS; 2011. 80p.
89. Loones A, Simon MO, Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie (CRÉDOC). Etude sur la réinsertion sociale et professionnelle des personnes sortant d'établissement ou service sanitaire de Médecine Physique. Paris: CRÉDOC; 2007.

90. Comète France 2011 : Activité de 38 établissements sanitaires du réseau. [Internet]. Association Comète France; 2012 May p. 19. [cited 2014 Jun 5] Available from: [http://www.cometefrance.com/images\\_articles/file/2011ra.pdf](http://www.cometefrance.com/images_articles/file/2011ra.pdf)
91. Bontoux L, Roquelaure Y, Billabert C, Dubus V, Sancho PO, Colin D, Brami L, Moisan S, Fanello S, Penneau-Fontbonne D, Richard I. Étude du devenir à un an de lombalgiques chroniques inclus dans un programme associant reconditionnement à l'effort et action ergonomique. Recherche de facteurs prédictifs de retour et de maintien au travail. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 2004 Oct;47(8):563-72.
92. Petit A, Roquelaure Y, Roche-Leboucher G, Bontoux L, Dubus V, Richard I, et al. Réseau de maintien en emploi des travailleurs lombalgiques chroniques en Pays de Loire. In: Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise. Les SSTI et leurs partenaires : enjeux et modalités du travail en réseau, 2012 Oct 23-24, Grand Hôtel, Paris [Internet]. Paris: CISME; 2012 [cited 2014 May 30]. 7p. Available from: <http://www.cisme.org/article/367/Interventions-JST-2012.aspx>
93. Le Gall C, Lamothe G, Mazaux JM, Muller F, Debelleix X, Richer E, Joseph PA, Barat P. Programme d'aide à la réinsertion sociale et professionnelle de jeunes adultes cérébrolésés : résultats à cinq ans du réseau UEROS-Aquitaine. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 2007 Jan;50(1):5-13.
94. Brunelle A. Les programmes de “case management” : une description sommaire. *Santé mentale au Québec*. 1988;13(2):157-61.
95. Association Galaxie, CNSA. Analyse de douze expérimentations en cours préfigurant des “Centres Ressources Handicap Psychique”. Préconisations relatives à leur mise en œuvre. Pour l'intégration et la citoyenneté des personnes adultes souffrant de troubles psychiques invalidants. Rapport d'étude CReHPsy, décembre 2012. [Internet] Dijon: Association Galaxie, 2012 [cited 2014 Jun 6]. 146p. Available from : [http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Etude\\_CReHPsy\\_Rapport\\_final\\_Galaxie\\_Decembre\\_2012.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Etude_CReHPsy_Rapport_final_Galaxie_Decembre_2012.pdf)
96. Campbell K, Bond GR, Drake RE. Who Benefits From Supported Employment: A Meta-analytic Study. *Schizophr Bull*. Mar 2011;37(2):370-80.
97. McGurk SR, Mueser KT. Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophr Res*. 2004 Oct 1;70(2-3):147-73.
98. Wallace CJ, Tauber R, Wilde J. Teaching fundamental workplace skills to persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 1999 Sep;50(9):1147-9, 1153.

99. Gold JM1, Goldberg RW, McNary SW, Dixon LB, Lehman AF. Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. *Am J Psychiatry*. 2002 Aug;159(8):1395-402.
100. Hector WH, Tsang. Social Skills Training to help mentally ill persons find and keep a job. *Psychiatr Serv*. 2001 Jul;52(7):891-4.

## LISTE DES FIGURES

**Figure 1.** Diagramme de flux de l'étude.

**Figure 2.** Pyramide des âges.

**Figure 3.** Evolution du nombre de personnes en emploi selon les différents instants T, tous milieux de travail confondus.

**Figure 4.** Evolution du nombre total de jours de prise en charge, tous types de prise en charge confondus (Source DIM).

**Figure 5.** Evolution du nombre moyen de jours de prise en charge par personne, tous types de prise en charge confondus (Source DIM).

**Figure 6.** Evolution du nombre moyen de jours de prise en charge par personne par type de prise en charge (Source DIM).

## LISTE DES TABLEAUX

**Tableau I.** Données sociodémographiques lors de l'admission dans un groupe de remobilisation.

**Tableau II.** Données cliniques lors de l'admission dans un groupe de remobilisation.

**Tableau III.** Données professionnelles lors de l'admission dans un groupe de remobilisation.

**Tableau IV.** Orientations professionnelles proposées lors du bilan de fin de session.

**Tableau V.** Evolution de la situation professionnelle des participants entre T+0 et T+24 mois.

**Tableau VI.** Emplois occupés en milieu ordinaire à T+24 mois.

**Tableau VII.** Parcours d'insertion des participants au cours des deux ans ayant suivi la fin du programme.

**Tableau VIII.** Situation des participants à T+24 mois selon l'orientation proposée lors du bilan de fin de session.

**Tableau IX.** Parcours d'insertion des participants selon l'orientation proposée lors du bilan de fin de session.



# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	8
<b>PLAN</b> .....	10
<b>1. Introduction</b> .....	11
<b>2. Matériel et méthodes</b> .....	15
2.1. Matériel.....	15
2.2. Méthodes .....	19
2.3. Analyses statistiques : .....	21
2.4. Considérations éthiques : .....	22
<b>3. Résultats</b> .....	23
3.1. Données sociodémographiques, cliniques, et professionnelles.....	23
3.2. Parcours Orion 49 et orientations proposées au terme de la période de remobilisation .....	26
3.3. Devenir professionnel deux ans après le programme .....	26
3.4. Parcours professionnel.....	28
3.5. Variables explicatives de l'insertion professionnelle.....	31
3.6. Prise en charge psychiatrique de secteur .....	33
<b>4. Discussion</b> .....	35
<b>5. Conclusion</b> .....	49
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	52
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	62
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	63
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	64
<b>ANNEXES</b> .....	65
<b>Annexe 1.</b> Vignettes cliniques : exemples de parcours de personnes en situation de handicap psychique – Première vignette clinique.....	65
<b>Annexe 2.</b> Vignettes cliniques : exemples de parcours de personnes en situation de handicap psychique – Deuxième vignette clinique.....	67
<b>Annexe 3.</b> Vignettes cliniques : exemples de parcours de personnes en situation de handicap psychique – Troisième vignette clinique.....	68
<b>Annexe 4.</b> Vignettes cliniques : exemples de parcours de personnes en situation de handicap psychique – Quatrième vignette clinique. ....	69
<b>Annexe 5.</b> Vignettes cliniques : exemples de parcours de personnes en situation de handicap psychique – Cinquième vignette clinique. ....	71
<b>Annexe 6.</b> Répartition de la population étudiée, chronologiquement, et par groupe. ....	72
<b>Annexe 7.</b> Evolution du nombre de jours de prise en charge de secteur (Source DIM). ....	73
<b>Annexe 8.</b> Evolution de la part de personnes prises en charge parmi les participants (Source DIM).....	74
<b>Annexe 9.</b> Evolution du nombre moyen de jours de prise en charge par participant (Source DIM). ....	75

## ANNEXES

**Annexe 1.** Vignettes cliniques : exemples de parcours de personnes en situation de handicap psychique – Première vignette clinique.

Mme A, âgée de 27 ans, a été orientée vers le service Orion 49 en 2007, par l'équipe soignante du Cesame assurant son suivi.

A l'époque, elle est célibataire, sans enfant, et elle vit en appartement associatif. Elle est sous curatelle simple et n'a pas le permis B. Elle perçoit l'AAH ; des demandes de RQTH et d'orientation professionnelle vers le milieu ordinaire de travail sont en cours. Elle est titulaire du brevet des collèges. Elle n'a jamais travaillé. Cependant, elle a auparavant bénéficié d'une prise en charge de deux ans dans un centre de réadaptation ; elle a alors eu une activité dans le cadre d'ateliers de travail (maraîchage et restauration). Son expérience professionnelle se limite à des stages en entreprises, effectués notamment dans le cadre de ce dernier séjour.

Elle souffre de schizophrénie (F 20.9) et bénéficie d'une prise en charge de secteur. Elle a été hospitalisée pour la première fois il y a plus de 10 ans (1995) et la dernière hospitalisation a eu lieu au mois de mai 2005 (date de sortie).

Lors de son accueil sur la structure, elle souhaite gagner en autonomie, notamment par l'accès à un logement indépendant. Elle exprime, en outre, un désir de réinsertion par le travail.

Elle a été admise dans le deuxième groupe de remobilisation (fin mars à fin juin 2007).

Lors du bilan, une entrée en formation lui a été proposée. Un accompagnement professionnel (API) ainsi qu'un accompagnement infirmier sur Orion 49 ont été mis en place.

Par la suite, Mme A a été reconnue travailleur handicapé et une orientation vers le marché du travail lui a été notifiée par la MDA : « recherche directe d'emploi avec aide de cap emploi ».

En ce qui concerne le parcours de Mme A à l'issue du groupe de remobilisation, elle a été orientée vers le service API par Cap-emploi. Elle a bénéficié d'un Bilan d'évaluation du projet professionnel (BEP). Le projet professionnel s'axait alors vers le métier d'ouvrier paysager et d'agent d'entretien des espaces verts. Après un stage (évaluation en milieu de travail (EMT)) au service parc et jardin de la mairie d'Angers en juin 2008, Mme A a intégré une formation en Centre de formation professionnelle et de promotion agricole (CFPPA), en septembre 2008 : CAPA travaux paysagers. Un appui conseil en formation a été conduit par le service API. Des stages en entreprises ont été réalisés dans le cadre de la formation (13 semaines en entreprise). Suite à cette formation elle a été accompagnée par Cap-emploi dans

ses recherches de travail en milieu ordinaire, en tant qu'agent d'entretien des espaces verts. Une EMT a été effectuée à la mairie de Sainte Gemmes sur Loire en septembre 2010. Face aux difficultés de recherche d'emploi en entreprise ordinaire, une orientation entreprise adaptée a été envisagée lors du renouvellement de son dossier auprès de la MDA ; en 2011, celle-ci lui a été préconisée. En mai 2011, elle a été embauchée comme agent d'entretien des espaces verts au sein d'une entreprise adaptée. Après renouvellement de son CDD jusqu'en Octobre 2012, elle a signé un CDI, à temps plein.

Par ailleurs, la prise en charge sectorielle a été poursuivie .

Mme A s'est investie dans des activités de loisirs, artistiques (expositions de peinture).

En Janvier 2013 : Mme A n'est plus sous curatelle, elle vit en concubinage. Elle est salariée d'une entreprise adaptée et perçoit l'AAH en complément de son salaire.

**Annexe 2.** Vignettes cliniques : exemples de parcours de personnes en situation de handicap psychique – Deuxième vignette clinique.

Mme B, âgée de 36 ans a été orientée vers la structure, en 2007, par les professionnels du secteur psychiatrique sur lequel elle est suivie.

Elle célibataire, sans enfant et vit seule en appartement. Elle n'a pas de mesure de protection et a le permis B. Elle touche le RSA. Elle a une RQTH et bénéficie d'une orientation vers le milieu ordinaire de travail. Elle est titulaire d'un baccalauréat sciences médicosociales. Elle est sans emploi depuis plus de 5 ans (2000). Elle a travaillé plusieurs années en tant que secrétaire. En outre, elle a une activité bénévole au sein d'une médiathèque. Elle souffre d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) et n'a jamais été hospitalisée dans un service de psychiatrie. Elle bénéficie d'un suivi de secteur.

Lors de son accueil sur la structure elle exprime le désir de retrouver un emploi en milieu ordinaire de travail. Elle a été admise dans le deuxième groupe de remobilisation.

Lors du bilan, une entrée en formation lui a été proposée ainsi qu'un accompagnement au sein de la structure.

Elle a, par la suite, intégré une EEP, au Greta. Après un stage en entreprise, elle a signé un contrat d'avenir à durée déterminée du 1/12/07 au 30/11/09. Ce contrat a, par la suite été renouvelé jusqu'en novembre 2012. Elle travaillait alors comme secrétaire pour une association, à temps partiel (26 heures hebdomadaires). Face à des difficultés au travail, elle a bénéficié d'un appui conseil auprès du service API et du soutien du dispositif Orion 49. En avril 2010, dans le cadre d'une prestation redynamisation professionnelle et découverte du milieu protégé, elle a effectué un stage en Esat. Le bilan de ce dernier préconisait la poursuite du travail au sein de l'association. Elle a par ailleurs suivi une formation, en octobre 2011, proposée par le Conseil général, afin de préparer son retour sur le marché de l'emploi (1 journée hebdomadaire).

La prise en charge sectorielle a été poursuivie.

En janvier 2013 : elle est sans emploi et se prépare à entrer en formation (EEP). Elle perçoit l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE), ou allocation de chômage, ainsi que le RSA.

**Annexe 3.** Vignettes cliniques : exemples de parcours de personnes en situation de handicap psychique – Troisième vignette clinique.

Mme C, âgée de 42 ans, a été orientée vers le service Orion 49, en 2009, par l'équipe soignante du Cesame.

Elle est divorcée, mère d'une fille dont elle n'a pas la garde et vit dans un appartement satellite d'un Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Elle est sous curatelle renforcée. Elle a le permis B mais n'a jamais conduit. Elle touche l'AAH. Son orientation professionnelle en milieu protégé lui a été notifiée peu avant son admission.

Elle est titulaire d'un CAP « employée technique de collectivité » et d'une formation d'aide à domicile. Elle a travaillé plusieurs années en milieu ordinaire en tant qu'agent d'entretien, agent de service en maison de retraite, ou encore comme aide à domicile. Plus récemment, et pendant deux ans, elle a eu une activité non rémunérée en atelier thérapeutique (Aira, horticulture et maraîchage). Lors de cette prise en charge, et avant d'intégrer un groupe de remobilisation, elle a effectué des stages en Esat afin d'évaluer ses capacités à reprendre une activité en milieu protégé.

Elle souffre de schizophrénie (F 20.9) et bénéficie d'une prise en charge de secteur. Elle a été hospitalisée pour la première fois en 1995, et en 2006 pour la dernière fois. Elle a bénéficié d'une remédiation cognitive avant que ne débute la session de remobilisation.

Elle a été orientée vers le service de se remobiliser autour d'un projet d'insertion en milieu protégé de travail, et ce dans la continuité de sa prise en charge à l'Aira.

Elle a été admise dans le neuvième groupe de remobilisation (de septembre à décembre 2010). Lors du bilan, une insertion en milieu protégé était envisagée et un accompagnement sur la structure a été mis en place.

En avril 2011, elle intègre le CAP-CAT, à mi-temps ; puis elle intégrera en avril 2012, à mi-temps, un Esat. Une mise à disposition milieu ordinaire est prévue avec un travail en maison de retraite ; elle y a préalablement effectué un stage afin de valider ce projet.

La prise en charge sectorielle a été poursuivie.

Elle s'est, par ailleurs, investie dans des activités de loisirs au sein d'une association.

En janvier 2013 : elle travaille dans un Esat et elle perçoit l'AAH en complément de ses revenus de travail.

**Annexe 4.** Vignettes cliniques : exemples de parcours de personnes en situation de handicap psychique – Quatrième vignette clinique.

Mr D, âgé de 35 ans, a été accueilli sur la structure en 2012, sur conseil de sa famille.

Il est célibataire, sans enfant, et vit chez ses parents. Il n'a pas de mesure de protection. Il a le permis B et dispose d'une voiture. En Août 2012 il perçoit le chômage, puis, plus tard l'ASS (allocation de solidarité spécifique). Il est titulaire d'un CAP cuisine (apprentissage) et d'une formation de chef cuisinier gestionnaire (niveau Bac). Il a occupé de nombreux emplois dans le secteur de la restauration entre 1995 et juillet 2012 (fin de CDD de 3 mois). Il a travaillé dans la restauration gastronomique mais aussi collective. Par ailleurs, fin 2011, il a échoué à un concours pour obtenir un poste de cuisinier en restaurant universitaire.

Il souffre de schizophrénie (F 20.9) ; il a été hospitalisé pour la première fois en mars 2011, puis en janvier 2013, avant son intégration dans un groupe de remobilisation. Il bénéficie d'un suivi ambulatoire de secteur (centre médico-psychologique (CMP)).

Lors de son accueil dans le service, il exprime un désir retour vers l'emploi ; il est conscient de ses difficultés et souhaite, d'abord se stabiliser dans sa maladie.

Une demande de RQTH avec orientation professionnelle ainsi qu'une demande d'AAH a été faite lors du début de sa prise en charge sur la structure. Au cours du premier semestre 2013 (avril), une RQTH lui est accordée, assortie d'une orientation professionnelle vers le milieu ordinaire de travail. La MDA a refusé l'octroi de l'AAH ; une nouvelle demande sera effectuée par la suite.

Dans le cadre de sa prise en charge sur la structure, en Mai 2013, il a participé au groupe EMC (entraînement métacognitif).

Il a été admis dans le 17<sup>ème</sup> groupe de remobilisation, de septembre à décembre 2013.

Lors du bilan de fin de cession la priorité est laissée au soin et à la stabilité psychique avant de mettre en place, plus tard, un accompagnement professionnel. Un accompagnement individuel infirmier est alors mis en place, dans l'attente de pouvoir aborder la question du travail.

Début 2014, il a participé au programme EMC de rappel.

Une prise en charge en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) a été débutée.

Il a participé, avec d'autres usagers du service Orion 49, à l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) (groupe de « ETP ») ainsi qu'à la création de fiches pratiques à l'attention des usagers.

En mars 2014, il se dit prêt à travailler et, conscient de ses difficultés ainsi que de sa fragilité, il souhaite retrouver un emploi en entreprise adaptée ou en milieu protégé ; pour cela il est accompagné par le chargé d'insertion du service Orion 49. Il touche l'ASS, une demande d'AAH est en cours.

**Annexe 5.** Vignettes cliniques : exemples de parcours de personnes en situation de handicap psychique – Cinquième vignette clinique.

Mr E, âgé de 37 ans, a été orienté vers le service Orion 49 en 2011, sur conseil de la MDA, afin d'évaluer ses capacités à reprendre un travail.

Il est célibataire, sans enfant et vit seul en appartement. Il n'a pas de mesure de protection et n'a pas le permis B. Il perçoit une pension d'invalidité et il touche le fond spécial d'invalidité (FSI). Il n'a pas de RQTH, ni d'orientation professionnelle ; des demandes d'AAH, de RQTH et d'orientation professionnelle ont été entreprises lors du début de sa prise en charge. Il a arrêté sa scolarité en classe de troisième (section d'éducation spécialisée (SES)) et n'est pas titulaire du brevet des collèges. Il a travaillé plusieurs années en atelier protégé (type d'établissement sorti du milieu protégé et devenu entreprise adapté suite à la loi de Février 2005) ; il n'a pas travaillé depuis 2000.

Il souffre de trouble de la personnalité de type schizoïde (F 60.1) et est suivi par un psychiatre libéral. Il a été hospitalisé pour la première fois en 2000 et n'a pas été de nouveau hospitalisé depuis.

Lors de son accueil sur le service il souhaite être accompagné dans son projet de retour vers l'emploi.

Il a été admis dans le 13<sup>ème</sup> groupe de remobilisation, de mars à juin 2012.

Lors du bilan, un retour vers l'emploi en milieu protégé est envisagé et un accompagnement individuel est proposé dans la mise en place de ce projet.

Des événements de vie l'ont empêché de mener à bien son projet de réinsertion. Il s'est cependant investi dans des activités sportives et de loisirs. Il a débuté des activités en CATTP. Il a participé à une prise en charge de groupe de septembre à décembre 2012, un atelier estime de soi.

L'AAH lui a été octroyée en août 2012. Depuis novembre 2012, il bénéficie d'un RQTH et a une orientation professionnelle vers le milieu protégé.

Il a par la suite, visité, en mai puis en novembre 2013, deux Esat. Au vu des conditions d'accueil proposées (stage et période d'essai non rémunérés, population accueillie) Mr E a préféré ne pas donner suite aux propositions faites.

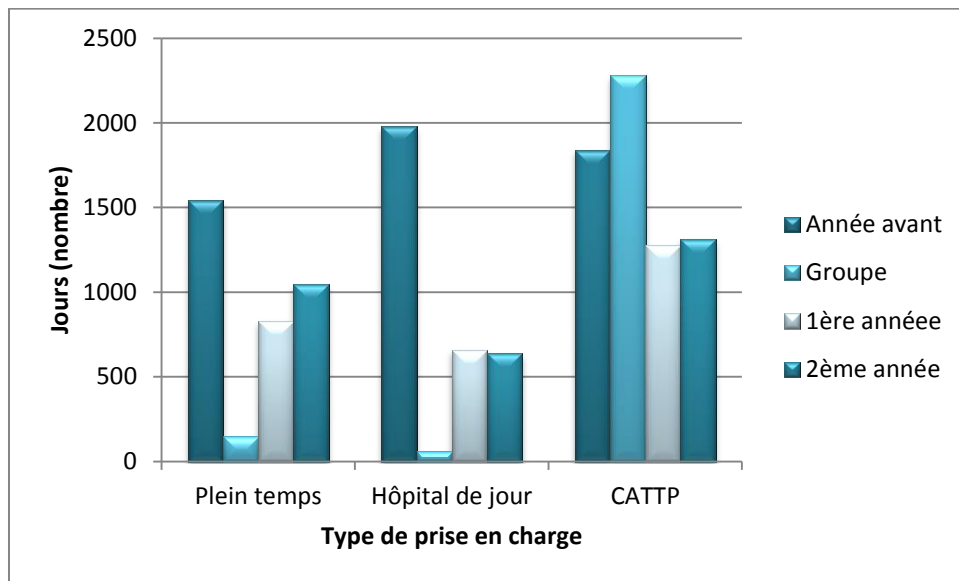
En mars 2014, il est toujours dans une démarche de retour vers l'emploi et il est accompagné par le chargé d'insertion du dispositif Orion 49.



**Annexe 6.** Répartition de la population étudiée, chronologiquement, et par groupe.

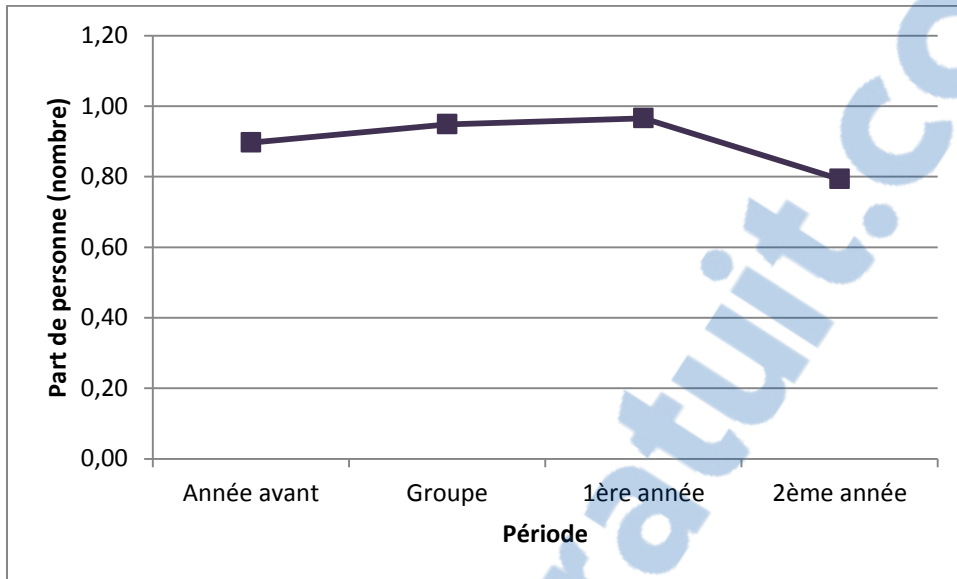
<b>Groupe</b>	<b>Effectif (n)</b>	<b>Date de début de session</b>	<b>Date de fin de session</b>
<b>1</b>	4	06/11/06	16/02/07
<b>2</b>	7	26/03/07	29/06/07
<b>3</b>	8	07/01/08	28/03/08
<b>4</b>	5	31/03/08	20/06/08
<b>5</b>	5	15/09/08	12/12/08
<b>6</b>	7	05/01/09	27/03/09
<b>7</b>	7	06/04/09	26/06/09
<b>8</b>	5	28/09/09	18/12/09
<b>9</b>	3	20/09/10	10/12/10
<b>10</b>	4	10/01/11	01/04/11
<b>11</b>	3	11/04/11	01/07/11
<b>Total:</b>	<b>58</b>		

**Annexe 7.** Evolution du nombre de jours de prise en charge de secteur (Source DIM).

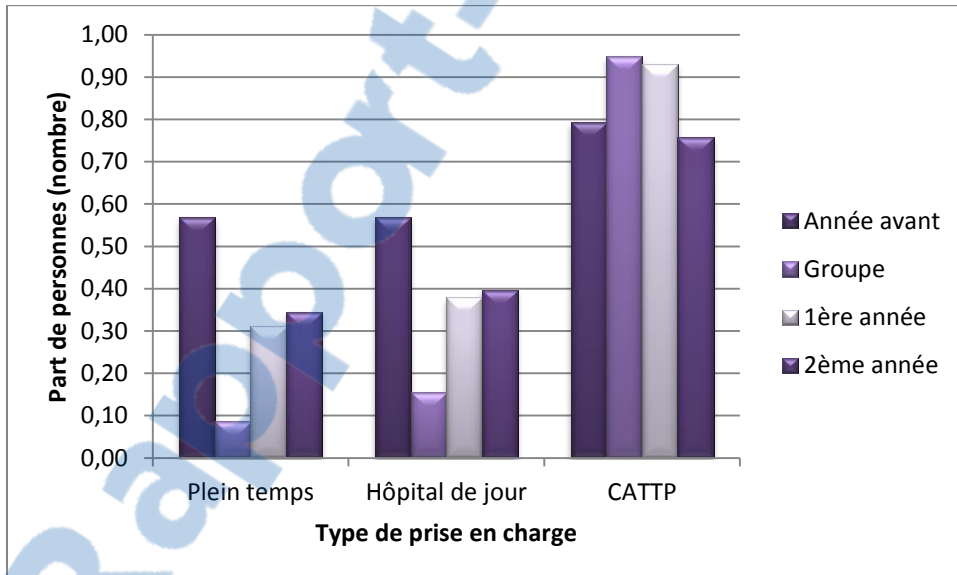


Evolution du nombre de jours de prise en charge par type de prise en charge (Source DIM).

**Annexe 8.** Evolution de la part de personnes prises en charge parmi les participants (Source DIM).

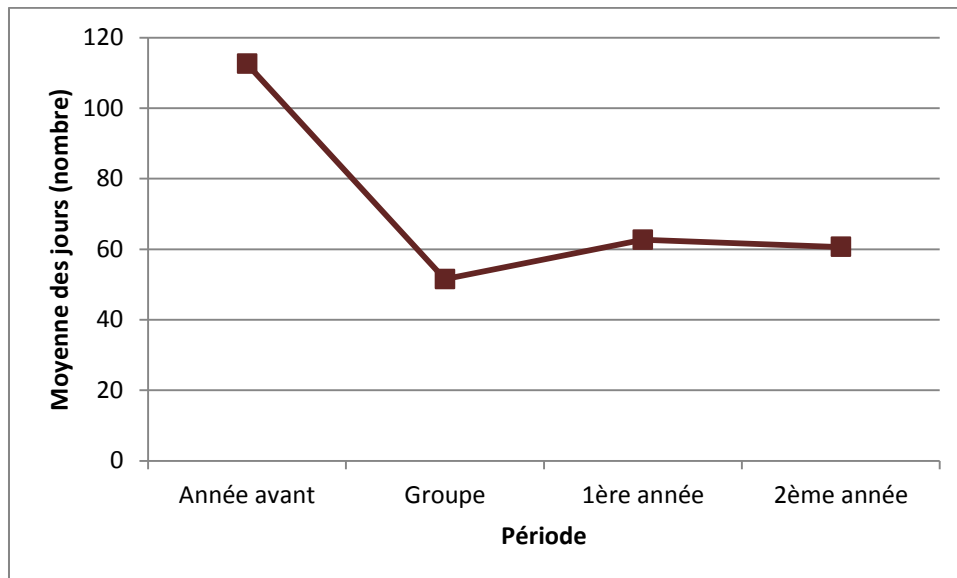


Evolution de la part de personnes prises en charge tous types de prise en charge confondus (Source DIM).

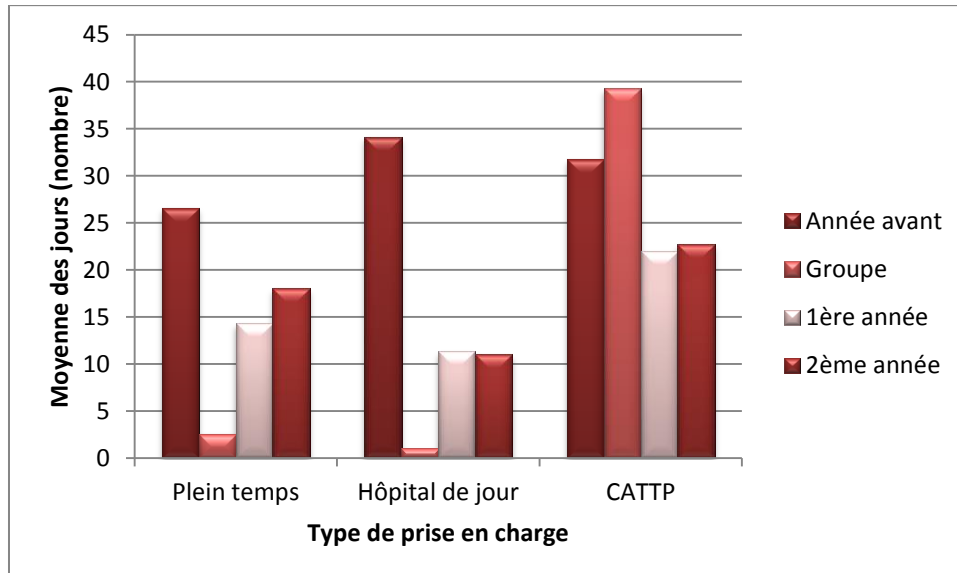


Evolution de la part de personnes prises en charge par type de prise en charge (Source DIM).

**Annexe 9.** Evolution du nombre moyen de jours de prise en charge par participant (Source DIM).



Evolution du nombre moyen de jours de prise en charge par participant tous types de prise en charge confondus (Source DIM).



Evolution du nombre moyen de jours de prise en charge par participant et par type de prise en charge (Source DIM).