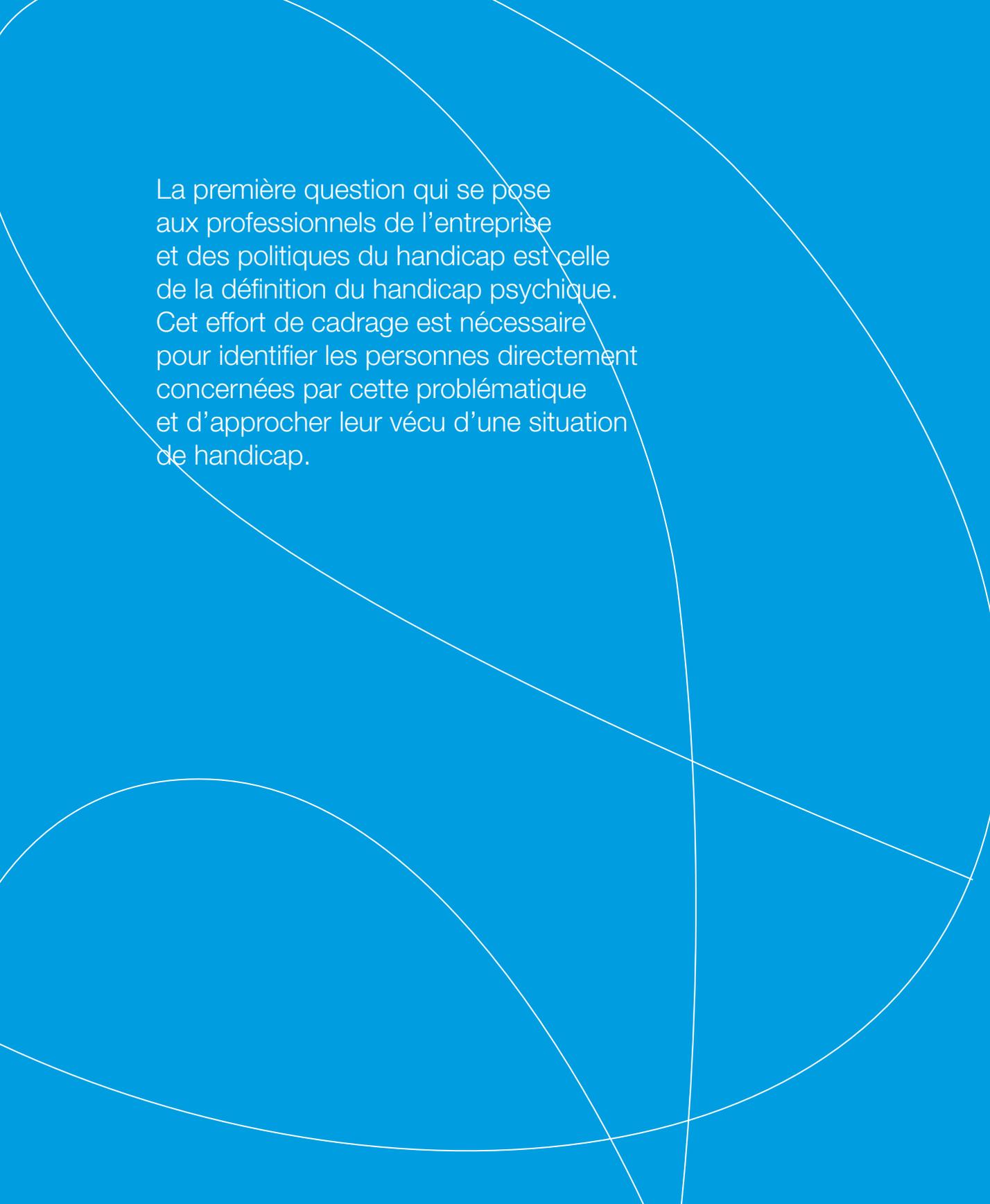


Qu'est ce que le handicap psychique ?



La première question qui se pose aux professionnels de l'entreprise et des politiques du handicap est celle de la définition du handicap psychique. Cet effort de cadrage est nécessaire pour identifier les personnes directement concernées par cette problématique et d'approcher leur vécu d'une situation de handicap.

L'émergence de la notion de handicap psychique interpelle aujourd'hui la société et le monde du travail. En effet, un certain nombre de personnes, du fait de troubles psychiques se retrouvent en situation de handicap dans leur vie personnelle et professionnelle. La question de leur place dans le monde du travail, et plus particulièrement dans les entreprises, semble se poser de façon incontournable aujourd'hui.

Différentes évolutions participent conjointement à cette prise de conscience. Les progrès des traitements psychothérapeutiques et médicamenteux permettent à des personnes ayant fait l'expérience de troubles psychiques de mener une existence quasiment normale et donc de se maintenir dans l'emploi ou de retourner dans le monde du travail après une période d'inactivité.

Les personnes atteintes de troubles psychiques expriment souvent l'envie ou le besoin de travailler ou retravailler après un épisode psychiatrique.

La loi de 2005¹ « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a reconnu de façon officielle les troubles psychiques comme pouvant être à l'origine d'un handicap. De façon indirecte, elle fait exister une nouvelle catégorie de personnes autrefois amalgamée sous la catégorie du handicap mental. Cette reconnaissance invite l'ensemble des professionnels du handicap et de la mise en œuvre des politiques sociales à reconsidérer leurs dispositifs et leurs actions au regard de la problématique singulière de ce handicap :

- Quelle est la situation des personnes handicapées psychiques dans les entreprises ?
- Quel peut être le rôle attendu de l'entreprise par rapport à l'insertion professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques ?
- Quels sont les dispositifs d'accompagnement existants et/ou à envisager ?
- Dans quelle mesure l'entreprise doit-elle développer une politique spécifique à ce handicap ?
- Quelles sont les limites admises de l'entreprise face aux salariés handicapés psychiques ?

¹ Loi ordinaire n°2005-102.

Claire Le Roy Hatala, sociologue

Au cours de leur vie professionnelle, un certain nombre de salariés ayant des parcours plus ou moins accidentés présentent à l'âge adulte des troubles psychiques ou déclarent une maladie mentale. La dégradation de leur santé mentale peut fragiliser leur situation professionnelle. En effet, **les problèmes de santé mentale représentent actuellement l'une des plus importantes causes d'absence au travail.** Historiquement, l'attention s'était portée surtout sur la prise en charge médicale dans le champ de la santé mentale ou sur une réinsertion professionnelle suite à des problèmes de santé physiques ou sensoriels dans le champ du handicap.

Les évolutions actuelles invitent à repenser l'incapacité de travail due à un problème de santé mentale non pas seulement comme une conséquence de la détérioration de l'état de santé mentale, mais également, comme une question à l'articulation du monde du travail et de l'individu. Ainsi, le processus de réinsertion professionnelle qui fait suite à un problème de santé mentale se caractérise par sa complexité et sa dimension dynamique (Saint Arnaud et alii, 2003). Il peut être identifié en trois étapes successives :

L'histoire antérieure et les événements qui précèdent l'apparition des troubles : c'est à la fois le vécu dans la sphère professionnelle (notamment les grands changements dans l'entreprise mais aussi les conditions de travail difficiles) et la venue d'événements stressants dans la vie personnelle qui marquent le parcours de réinsertion professionnelle.

La seconde période est celle de **l'arrêt de travail** qui intervient plus ou moins tôt dans la vie professionnelle de la personne. Cette période est marquée par la manifestation antérieure de signes

et symptômes dans l'entreprise de façon plus ou moins progressive. C'est un indicateur pour l'entreprise de la possible situation de handicap pour la personne et donc d'une nécessaire réflexion sur le retour à l'emploi. Le soin, la réhabilitation et la stabilisation des troubles deviennent l'objectif prioritaire du salarié.

La question du retour à l'emploi : l'expérience de l'arrêt de travail est vécue comme un événement traumatisant et laisse généralement des séquelles et des craintes par rapport à l'entreprise. Le retour à l'emploi suscite des angoisses engendrées par la honte et les difficultés liées au travail et aux conditions de travail.

Comment ce vécu individuel peut être défini à partir du concept de handicap tel qu'il est proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé ?

Selon l'OMS, le handicap regroupe à la fois les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation à la vie sociale. Il désigne les aspects négatifs de l'interaction entre un individu ayant un problème de santé et les facteurs contextuels dans lesquels il évolue (environnementaux et personnels). Ainsi dans la loi de 2005¹ « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » le handicap est défini comme suit : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidante ».

¹ Loi ordinaire n°2005-102.

CHIFFRES

700 000 personnes handicapées psychiques en France.

En France, l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques, avance le chiffre de 600 000 personnes handicapées psychiques (1% de la population), dont la moitié qui présente des troubles de type psychotique, graves, ont besoin d'un cadre de réinsertion structuré.

Un demandeur de l'allocation aux adultes handicapés sur quatre souffre d'une maladie mentale.

En 2000, les études portant sur le profil des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés montrent ainsi qu'une demande sur quatre est motivée par une déficience du psychisme (cette déficience étant, selon l'étude, acquise du fait de la maladie mentale). Pour trois personnes sur quatre un taux d'incapacité de plus de 50 % est reconnu (Chanut, 2003). De même parmi les demandes s'appuyant sur une déficience du psychisme, correspondant plus à une déficience acquise du fait de la maladie mentale, 34 % ont un accord avec un taux d'incapacité supérieur à 80 %, et 44 %, un taux d'incapacité compris entre 50 et 79 %. Les rejets et sursis représentent 22 %.

La maladie mentale représente 27% des personnes entrant chaque année dans le régime d'invalidité.

L'attribution d'un taux d'incapacité ne s'accompagne pas toujours d'une prestation en espèces. Plus d'une personne sur deux touche toutefois une allocation, une pension ou un autre revenu en raison de ses problèmes de santé (ibid.).

Les troubles mentaux sont la première cause d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale (plus de 13 000 pensions d'invalidité étaient nouvellement attribuées en 1998, soit 26,7 % de l'ensemble) et la seconde « affection de longue durée » donnant droit à exonération du ticket compensateur (100 000 nouvelles demandes en 2000) (Charzat, 2002).

2,7 % des personnes vivant à domicile, soit près de 1,6 millions de personnes, déclarent avoir consulté « pour troubles psychiques ou mentaux au cours des trois derniers mois ». Et dans les trois quarts des cas, les patients ont consulté dans le cadre d'un suivi régulier, généralement réalisé par des professionnels de la santé mentale, psychiatres ou psychologues⁶ (Anguis et Peretti, 2003). Il y a donc un volet important de la population qui a déjà un besoin de soin et de suivi thérapeutique. Ce sont des personnes qui potentiellement pourraient être reconnues par les commissions expertes sur le handicap en cas de difficultés sociales particulières et donc entrer dans les dispositifs consacrés à cette population.

01 Cerner le handicap psychique

Désormais, la problématique de ces salariés peut être identifiée sous la notion de « handicap psychique » qui suppose une prise en compte du vécu de la personne non plus uniquement par rapport à ses troubles, mais bien par rapport à la dynamique sociale qui va se mettre en mouvement du fait de l'expérience individuelle de santé mentale. Dès lors, le handicap psychique

suppose non pas la connaissance des troubles mais la compréhension des conséquences sur la vie de la personne notamment professionnelle.

Le handicap psychique est difficile à définir du fait de la complexité des troubles qui en sont à l'origine. Contrairement à d'autres types de handicap, par exemple moteurs ou sensoriels, pour lesquels l'origine du handicap est clairement localisée et identifiée, le handicap psychique souffre de la difficulté à cerner la diversité des troubles psychiques qui en sont à l'origine.

⁶ Trois fois sur quatre, il s'agit alors de psychiatres et dans un quart de cas, de psychologues ou autres spécialistes non-médecins.

Michel Charzat est le premier à avoir évoqué la complexité du handicap psychique dans son rapport à madame Ségolène Royal, alors Ministre Déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées, « pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches » (Charzat, 2002) qui interroge la définition du handicap psychique dans la présentation de ses conclusions. Il part des troubles psychiques comme causes du handicap :

« Le trouble psychique ne touche pas une partie de soi, mais il touche la personnalité dans son ensemble. Il met donc en cause l'identité de la personne, la blesse ; sa nature est souvent l'objet d'un déni par la personne elle-même, parfois par une partie de son entourage (...) Les causes du handicap sont diverses : troubles dépressifs graves,

états psychotiques ou névrotiques, états limites, détérioration mentale liée à l'âge, à des intoxications ou à des affections neurologiques ».

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) identifie le handicap psychique à partir des déficiences psychiques (troubles du comportement, de l'humeur, de la conscience...). Or définir le handicap psychique c'est justement dépasser la simple prise en compte des déficiences pour les inscrire dans le vécu social de la personne en termes d'activités et de participation.

Prenons un exemple : dans quelle mesure le fait d'avoir des difficultés à me concentrer m'empêche de faire mon travail en temps et en heure, de suivre l'activité de mon équipe de travail et donc de me maintenir dans mon emploi ?

STRESS

Le stress est le principal risque psychosocial de la santé au travail identifié. Des troubles psychiques peuvent apparaître chez un salarié exposé à une situation de stress intense ou durable.

TROUBLES PSYCHIQUES

désignent l'ensemble des expériences psychiques que l'on retrouve dans les symptômes des maladies mentales. C'est une notion plus large que la maladie dans la mesure où ils ne renvoient pas nécessairement à des classifications médicales.

MALADIE MENTALE

affection qui perturbe le comportement de la personne, diagnostiquée à partir d'un ensemble de symptômes liés à des troubles psychiques et qui renvoie aux classifications de la psychiatrie et de la psychopathologie.

HANDICAP PSYCHIQUE

Le handicap psychique est la reconnaissance d'une limitation de la participation d'une personne à la vie sociale du fait de troubles psychiques graves qui perdurent et entraînent une gêne dans son quotidien.

SANTÉ MENTALE

C'est l'aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, agréable, efficace et à faire face avec souplesse aux situations difficiles en étant capable de retrouver son équilibre. En France le champ de la santé mentale désigne également l'ensemble des dispositifs de soin et d'accompagnement social des personnes ainsi que l'ensemble des expériences psychiques individuelles.

02 Le handicap psychique ou le poids de l'inadaptation sociale

Ce qui caractérise le handicap psychique c'est « *un dysfonctionnement de la personnalité caractérisé par des perturbations graves, chroniques ou durables du comportement et de l'adaptation sociale* » (Zribi, 2003, p.10).

Le handicap émerge à partir du moment où la personne, du fait de troubles psychiques, va s'inscrire dans une relation de **dépendance** en raison de besoins spécifiques liés à sa pathologie :

« Les troubles psychiques (notion plus large que celle de « handicap psychique »), sont plus ou moins intenses, ponctuels ou permanents ou encore plus ou moins précoces. Ils entraînent des itinéraires de vie très différents selon le degré d'autonomie (ou de dépendance) des personnes. Certains malades mènent une existence normale, d'autres vivent de manière plus ou moins permanente en institution ou ont un besoin continu d'aides psychosociales : on parle alors généralement de handicapés psychiques » (Zribi, 2003, p.11).

C'est la pérennité et la qualité du lien entre l'individu et la société qui détermine le handicap en tant que carence relationnelle nécessitant un accompagnement particulier.

D'autres définitions reprennent prolongent cette idée autour de la notion **d'inadaptation** :

« Derrière le handicap psychique (caractérisé par les difficultés de la personne qui n'a plus les capacités ou les possibilités de participer aux échanges liés à la vie sociale, se profilent l'inadaptation et l'exclusion. Le handicap psychique se traduit pour la personne, de toute façon, par une non-adéquation de rapport à l'environnement » (UNAFAM, 2001, p.17).

Il n'y a donc pas de lien de causalité linéaire entre les troubles psychiques et le handicap. Il n'y a pas d'articulation systématique entre les troubles et le handicap, contrairement à d'autres types de troubles, comme la cécité par exemple, qui est systématiquement reconnue comme un handicap, quel que soit le niveau de besoin ou de dépendance de la personne. Il introduit dès lors l'idée d'une grande hétérogénéité du niveau de handicap dans la population atteinte de troubles psychiques C'est le besoin d'aide, d'accompagnement et de prise en compte de la situation singulière de la personne qui fait naître la situation de handicap.

Dans l'entreprise, il faut donc distinguer les personnes qui font l'expérience de troubles psychiques de façon ponctuelle, sans gravité majeur et qui dans le dispositif commun pourront s'aménager des espaces de récupération (absence de courte durée, réorganisation de leur travail sur quelques jours) de personnes qui semblent réellement fragilisés sur leur poste de travail du fait de troubles persistants, et qui vont nécessiter une prise en charge particulière.

Dans l'entreprise le handicap psychique se situe dans l'écart qui va exister entre les attentes de l'entreprise et le comportement du salarié. Le salarié ne remplit plus les rôles sociaux que l'entreprise attend de lui du fait de l'expérience sociale d'une déficience psychique qui se caractérise par :

- une moindre capacité à s'adapter,
- une difficulté à entrer en relation avec les autres,
- une diminution des habiletés sociales (ibid., p. 34) (Baptiste, 2005).

L'enjeu du handicap psychique se situe donc dans le vécu professionnel quotidien contrairement à d'autres types de handicap pour lesquels le champ des besoins est identifiable avant même l'intégration dans le collectif, même si la pratique demande parfois par la suite des adaptations du

dispositif en fonction de la situation.

Le handicap psychique se situe dans la zone fluctuante et insaisissable des relations interpersonnelles et des interactions sociales. C'est pourquoi il est si difficile à identifier, définir et cerner.

Pour autant, il peut être analysé comme un espace de revalorisation de l'individu dans sa singularité. Le malade mental ne se définit plus par rapport à son expérience psychiatrique mais par rapport à sa participation sociale.

Un changement de paradigme s'opère, la maladie mentale ne se limite plus à une pathologie, une déviance, ou une déficience comportementale, elle devient un phénomène social à part entière. Elle met en jeu la responsabilité intégratrice de la société.

Le handicap psychique et le déplacement du pôle pathologique vers la santé mentale et le handicap psychique redéfinit l'expérience de santé mentale dans un référentiel plus large : celui de la capacité de la société à prendre en compte des besoins différenciés. La société, et à plus petite échelle, l'entreprise, en tant qu'espaces de construction du lien et du collectif deviennent des acteurs à part entière du processus de production du handicap psychique.

ENQUÊTE « HANDICAP-INCAPACITÉS- DÉPENDANCES (HID) »

L'enquête HID de l'INSEE est la première enquête nationale réalisée auprès des personnes en situation d'incapacité en France. Son maître d'œuvre est l'INSEE. Il s'agit d'une enquête centrée sur les incapacités, quel que soient leurs origines et leur retentissement.

L'enquête HID couvre l'ensemble de la population, de tous âges, de tous types d'incapacités et de tous lieux d'habitat (domicile privé ou institutions). Elle vise à fournir des données de cadrage aux nombreuses données statistiques disponibles (mais éparpillées et partielles) en particulier d'origine administrative. Permettant d'établir des prévalences pour les principaux types de handicap, elle vise aussi à en estimer l'incidence pour améliorer des prévisions encore incertaines.

L'enquête s'est déroulée entre 1998 et 2001 avec 4 phases de recueils de données

- deux recueils de données en institution à deux ans d'intervalle : automne 1998 et 2000, à partir d'un échantillon de 15000 personnes.

- Deux recueils de données sur des personnes vivant à domicile : automne 1999 et 2001, 20000 personnes contactées à partir d'un échantillon constitué à l'aide d'un questionnaire-filtre utilisé lors du recensement de la population générale (mars 1999).

03 L'enjeu de l'évaluation et de l'identification

Le seul espace d'évaluation du handicap est aujourd'hui la Commission des Droits pour l'Autonomie (CDA) au sein des Maisons Départementales du Handicap (MDPH) qui statue sur la situation de la personne⁴. Cette commission s'appuie sur le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacité des personnes handicapées⁵. Il propose une grille d'évaluation psychosociale de la personne, complétant le diagnostic clinique effectué par un expert psychiatre pour estimer un taux d'incapacité de la personne qui déterminera en partie le montant des aides auxquels il a droit.

Les principaux critères de déficiences pris en compte pour le handicap psychique sont les suivants :

- **TROUBLES DE LA VOLITION** : apragmatisme, négativisme, compulsions obsessionnelles, ambivalence, inhibition.
- **TROUBLES DE LA PENSÉE** : idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur de la pensée, radotage, appauvrissement de la pensée, délire.
- **TROUBLES DE LA PERCEPTION** : illusions, hallucinations, déréalisation.
- **TROUBLES DE LA COMMUNICATION** : troubles de la forme, du contenu du langage et de l'expression gestuelle, troubles fonctionnels (mutisme, bégaiement...).
- **TROUBLES DU COMPORTEMENT** : agressivité, agitation, théâtralisme, automutilation, comportements phobiques, rites obsessionnels, instabilité, timidité.
- **TROUBLES DE L'HUMEUR** : troubles dépressifs ou hypomaniaques plus ou moins francs et entravant la vie quotidienne.

- TROUBLES DE LA CONSCIENCE ET DE LA VIGILANCE.

- **TROUBLES INTELLECTUELS** : troubles de la mémoire, du jugement, de l'attention, de l'orientation temporelle et spatiale.

- **TROUBLES DE LA VIE ÉMOTIONNELLE ET AFFECTIVE** : anxiété, angoisse, doute, indifférence affective, instabilité affective, troubles du caractère, immaturité affective, timidité.

- **EXPRESSION SOMATIQUE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES** : avec altération plus ou moins grave de l'état général.

De cette évaluation doit ressortir la justification d'un taux d'incapacité compris dans l'une de ces fourchettes :

- entre 20 % et 45 % : la personne présente des troubles psychiatriques mais qui restent compensés avec ou sans traitement chimiothérapeutique ou psychothérapeutique, qui permettent une vie familiale et professionnelle assumée seule.

- Entre 50 % et 75 % : l'affection psychiatrique nécessite un aménagement de la vie familiale ou/et de la vie professionnelle avec des sollicitations plus ou moins importantes de l'entourage.

- Entre 80 % et 95 % : la personne ne peut vivre ou travailler en milieu ordinaire que grâce à une sollicitation importante de l'entourage ou qu'une faible et peu durable activité spontanée est constatée.

L'environnement n'est pas explicitement pris en compte comme composante du handicap. Des critères secondaires sont proposés comme pouvant avoir une influence sur la situation de handicap :

- le retentissement relationnel sur la vie sociale et affective, les troubles pouvant être bien acceptés par l'entourage ou, à l'opposé, entraînant un isolement, une marginalisation ou une dépendance totale ;
- les relations avec le milieu professionnel, depuis la gêne au travail (mais le sujet est toléré par le milieu

⁴ Le Décret n° 2005-1589 du 19 décembre 2005 institue la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) comme compétente pour reconnaître l'accès aux droits, aux prestations dont bénéficie une personne handicapée, à l'attribution d'une carte d'invalidité, et la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé à la place de la CDES et de la Cotorep.

⁵ Annexe 2-4 au décret 2004-1136 du 21 octobre 2004 qui reprend le précédent décret n°93-1216 du 4 novembre 1993.

- professionnel) jusqu'à l'incapacité à tout travail ;
- les hospitalisations quand elles sont prolongées, fréquentes, répétées, peuvent constituer un indice de gravité ;
 - l'âge du patient et l'ancienneté de la maladie ;
 - l'importance et la tolérance du traitement.

L'enjeu actuel pour les professionnels de l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques est à la fois l'amélioration de la qualité des diagnostics en psychiatrie mais aussi la construction d'outils pertinents d'évaluation du handicap psychique dans toute sa complexité. Les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) travaillent actuellement sur le développement d'outils d'évaluation du handicap spécifiques aux troubles psychiques.

DISTINGUER LE HANDICAP PSYCHIQUE DU HANDICAP MENTAL	
Historiquement, la non-reconnaissance du handicap psychique, distinct du handicap mental, a généré une confusion. Sous l'appellation de handicap mental étaient réunies deux réalités médicales différentes :	
Déficiência mentale : caractérisée par une déficiéncie intellectuelle	Déficiência psychique : caractérisée par une altération de la pensée, de l'humeur et du comportement et générée par des troubles psychiques
Fixité : l'idée d'une immuabilité du quotient intellectuel était partagée et reconnaissait la déficiéncie intellectuelle comme un état	La variabilité des manifestations de la maladie crée constamment une incertitude qui demande des ajustements incessants
En ce qu'elles sont un objet de la pédagogie et non de la médecine. La déficiéncie intellectuelle relève donc des enseignants, des pédagogues, ou par la suite des psychologues et est pensée en termes d'éducation plutôt que de soin	Objet de la psychiatrie, psychopathologie et de la psychologie. Recherche sur le soin et le diagnostic médical.
Origine organique	Etiologie triple : biologique, psychologique et sociale
Déficiência toujours présente	Les capacités intellectuelles peuvent rester vives
Soins marginaux	Soins importants
Même si ces oppositions peuvent être discutées elles sont importantes dans la mesure où elles révèlent des besoins différents en termes de structures d'accueil et de dispositif d'accompagnement selon la catégorie de handicap.	

Bibliographie : cf p.158

LES TROUBLES ET MALADIES À L'ORIGINE D'UN HANDICAP PSYCHIQUE

Quels sont les troubles psychiques qui peuvent générer un handicap et que l'on rencontre le plus fréquemment dans le monde du travail ?

Cette présentation n'a pas vocation à faire un tableau exhaustif de l'ensemble des troubles psychiques. De façon très humble, il s'agit de proposer des clés de compréhension des problèmes de santé mentale qui peuvent amener la personne à être fragilisée dans sa vie sociale et professionnelle et entraîner une situation de handicap. Pour cela nous nous appuyons principalement sur le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual –Revision 4²) qui propose une classification descriptive des différents troubles mentaux.

Attention, l'existence d'un trouble psychique chez une personne ne signifie pas nécessaire que celle-ci est handicapée psychique. C'est la permanence et la gravité des troubles qui lorsqu'ils ont un impact négatif sur la vie de la personne, limitent sa participation sociale et entraînent une situation de handicap.

• SCHIZOPHRÉNIES ET AUTRES TROUBLES PSYCHOTIQUES CHRONIQUES

Ce sont des pathologies psychiatriques d'évolution chronique, débutant généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Il ne s'agit pas de « doubles personnalités » comme on le pense parfois. Elles ont pour conséquence des altérations de la perception de la réalité (délires), des troubles cognitifs, et des dysfonctionnements sociaux et comportementaux plus ou moins importants. Ce qui caractérise les troubles psychotiques est la perte de contact avec la réalité de la personne qui se manifeste par des délires de différentes formes (bouffées délirantes, délires paranoïaques, hallucinations visuelles ou auditives...)

Les schizophrénies touchent 1% de la population mondiale, sans variations notables d'un pays, d'une culture ou d'une époque à une autre. En France, la prévalence sur la vie entière de la schizophrénie se situe, selon les auteurs, entre 0,2% et 2%, ce qui représente un adulte sur 100.

L'insertion professionnelle pour les personnes atteintes de schizophrénie est particulièrement complexe pour deux raisons : non seulement le discours parfois déroutant des personnes qui sont perçues comme « déviantes » par rapport à la norme comportementale attendue dans l'entreprise, mais aussi car parfois il peut y avoir des troubles déficitaires qui entraînent une perte d'efficacité et un isolement social.

• TROUBLES DE L'HUMEUR

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

- **Les troubles bipolaires** (autrefois appelés maladie maniaco-dépressive): ce sont des troubles qui associent deux phases : la phase maniaque et la phase dépressive. Lors de l'accès maniaque, la personne est hyperactive. Elle peut engager des dépenses inconsidérées, avoir des propos et des attitudes farfelues, et présenter d'autres troubles comportementaux ou plus simplement vivre de façon excessive. Lors de l'épisode dépressif, la personne au contraire présente des signes de très grande dépression appelée aussi mélancolie. Entre ces deux phases, la personne retrouve un état normal.

Le trouble bipolaire toucherait 1 % de la population générale.

- **Les troubles dépressifs majeurs** : ils représentent le syndrome le plus fréquent de la pathologie psychiatrique courante. Ils se caractérisent par une tristesse qui est non seulement intense mais surtout associée à une douleur morale. Ils doivent être différenciés de la tristesse normale.

Il s'agit d'un vécu pessimiste, d'une péjoration de l'avenir, d'un sentiment d'insatisfaction, de dévalorisation, de culpabilité, d'indignité et d'incurabilité.

Pour les troubles de l'humeur, entre 5 et 15% des Français seraient touchés par la maladie dépressive, avec un sex-ratio de deux femmes pour un homme.

• TROUBLES ANXIEUX

Ils constituent un ensemble de troubles très divers qui ont en commun d'avoir une anxiété pathologique comme symptôme principal. L'anxiété n'est pas en soi pathologique. On parle de troubles anxieux lorsque cette émotion devient envahissante et qu'elle entraîne une souffrance significative et une gêne au fonctionnement individuel. Une anxiété intense peut être présente au cours d'autres troubles comme dans la schizophrénie ou la dépression par exemple. Ils ont pour caractéristique de ne pas altérer le système de réalité de la personne, ni ses capacités intellectuelles.

- **Trouble panique** : c'est l'apparition brutale et inattendue d'un certain nombre de signes physiques et de pensées catastrophiques témoignant d'une peur intense.

Il a une prévalence entre 1,5 et 4% sur la vie entière.

- **Phobie spécifique** : c'est la peur persistante, excessive, intense, à caractère irraisonné, déclenchée par la présence d'un objet ou d'une situation spécifique comme prendre l'avion, être en hauteur, être en contact avec certains animaux. Les phobies spécifiques sont très fréquentes, touchant de 10 à 20% de la population sur la vie entière.

- **Phobie sociale** : c'est la peur irrationnelle, persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales dans lesquelles le sujet se trouve confronté au regard d'autrui. Cette peur est justifiée par la crainte d'être humilié, ou embarrassé.

Les phobies sociales toucheraient de 3 à 10% de la population générale et se révèlent chez l'adolescent et le jeune adulte.

- **Trouble obsessionnel compulsif** : ce sont des pensées ou impulsions, qui s'imposent au sujet entraînant une anxiété. Le sujet y répond alors par des comportements répétitifs (comme se laver les mains, vérifier) ou acte mentaux (prier, compter, répéter les mots) qui sont destinés à neutraliser la situation redoutée.

Le trouble obsessionnel compulsif touche de 2 à 3% de la population générale et apparaît avant 25 ans dans 75% des cas.

- **Le trouble d'anxiété généralisée** : est une anxiété excessive durant plusieurs jours sur une période de six mois. Cette anxiété est disproportionnée par rapport à la probabilité de survenue d'un événement négatif, ou à la gravité d'un tel événement.

Il a une prévalence sur la vie entière située entre 5 et 10% de la population générale, avec un âge précoce de survenue.

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

• TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Les traits de personnes sont caractérisés par les manières habituelles de se comporter et de réagir. On parle de troubles de la personnalité lorsque celle-ci se rigidifie, entraîne des réponses inadaptées et une altération significative de son fonctionnement social. Les conduites dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. On peut distinguer les personnalités « excentriques et bizarres » (paranoïaques, schizoïde, schizotypiques), les personnalités « dramatiques, émotionnelles et désorganisées » (antisociales, border-line...), les personnalités « anxieuses et peureuses » (évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive...).

Les différentes personnalités pathologiques représentent entre 0,5 et 3% de la population.

Les personnes atteintes de troubles de la personnalité se rencontrent fréquemment dans le milieu de travail. Lorsque le poste est bien choisi, ces troubles du caractère peuvent devenir des qualités, à l'origine de grande réussite professionnelle. Mais parfois ces caractères difficiles peuvent perturber gravement une ambiance de travail et faire souffrir non seulement la personne mais également les collègues de travail.

Risque suicidaire :

Les personnes atteintes de troubles psychiques semblent plus exposées au risque suicidaire. Quelles sont les conséquences par rapport à l'insertion professionnelle ?

Les comportements violents :

Du fait de réactions parfois inadaptées dans certaines situations habituelles de la vie, les personnes atteintes de troubles psychiques peuvent avoir des comportements violents. Cette violence s'exerce surtout envers elles-mêmes, pouvant aller jusqu'au suicide, ou sur des objets, mais très rarement vis-à-vis d'autrui. C'est le cas, par exemple, lorsque les idées délirantes envahissent toute la conscience. Des situations violentes qui présenteraient un caractère d'urgence, peuvent justifier l'intervention de professionnels de la psychiatrie, avec l'assistance éventuelle des représentants de l'ordre public.

Ce sont des situations exceptionnelles par rapport à la problématique d'insertion professionnelle des salariés handicapés psychiques dans les entreprises mais qui peuvent avoir des conséquences importantes pour l'environnement de travail.

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

- **Les situations de stress** : Le stress est reconnu comme un risque « psychosocial » majeur dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail (en plus des risques physiques, biologiques et chimiques qui sont déjà reconnus). L'Observatoire européen des risques de l'Agence européenne de santé et de sécurité au travail³ confirme que les importants changements survenus dans le monde du travail ces dernières décennies ont entraîné l'émergence de risques nouveaux, les risques « psychosociaux », liés notamment aux situations de stress (mais aussi aux problèmes de harcèlement ou de violences au travail). La persistante et l'intensité d'un état de stress peut menacer l'intégrité physique et psychique d'une personne. Il peut entraîner une décompensation et faire apparaître des troubles psychiques qui fragilisent la personne dans son emploi. Il y a alors un risque pour la personne de se retrouver dans une situation de handicap.

- **La prise de produits toxiques (produits psychoactifs)** : il est difficile aujourd'hui d'établir un lien de causalité direct entre la prise de produits et l'apparition de troubles psychopathologiques mais on sait que certains peuvent exacerber ou révéler de telles pathologies psychiques.

³ European Agency for Safety and Health at Work. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

ROMPRE AVEC QUELQUES PRÉJUGÉS

- Toutes les personnes atteintes de troubles psychiques ne sont pas nécessairement handicapées par les symptômes, à condition d'être soignés. Grâce au dépistage et au diagnostic, les troubles psychiques peuvent être soignés et permettre à la personne d'envisager une insertion sociale et professionnelle. Avec un traitement thérapeutique, les troubles sont parfois stabilisés et n'entravent pas de façon significative la vie sociale et professionnelle de la personne.

- Le handicap psychique est différent du handicap mental (déficience intellectuelle). En revanche, il entraîne parfois une détérioration des capacités cognitives.

- Les troubles psychiques ne se manifestent pas nécessairement par des symptômes spectaculaires ou délirants.

- Toute situation de handicap psychique n'est pas définitive : les troubles psychiques sont généralement évolutifs. Les personnes passent par des phases de stabilisation plus ou moins longues, parfois entrecoupés de moments plus difficiles. Il ne faut jamais considérer une situation comme définitivement acquise mais envisager la variabilité de l'état de santé de la personne.

- La stabilisation des troubles permet d'envisager une vie autonome où l'insertion professionnelle devient ou redevient possible.

- Un aménagement de poste pour un salarié handicapé psychique dans l'entreprise est possible. Il ne prend pas la forme d'une compensation technique de la déficience mais peut se réaliser autour de l'accompagnement du salarié et d'une réorganisation du travail.

avec l'aide de Marion Leboyer, psychiatre__

Pierre Vidal-Naquet

Sociologue au CERPE,
chercheur associé au Modyf / CNRS

Apparu depuis peu dans le champ des politiques publiques, le handicap psychique ne manque pas de soulever un certain paradoxe. On se félicite en général que le handicap soit « reconnu » dans la Loi du 11 février 2005. En même temps, on déplore l'absence ou du moins le flou de sa définition.

Le handicap psychique serait donc dans le même temps un nouvel objet dans le champ sanitaire et social et un objet non identifié.

D'où l'appel récurrent à la mobilisation des acteurs sociaux pour que ceux-ci donnent un contenu à une notion dont ils semblent pourtant faire un large usage. Un rapide retour sur l'histoire récente de la prise en charge des personnes ayant souffert de troubles psychiques dans le secteur du handicap (1) ainsi qu'une analyse, toute aussi rapide, des évolutions perceptibles dans ce secteur (2), devraient permettre de comprendre ce paradoxe. On verra comment celui-ci s'inscrit dans les trajectoires des personnes dites « handicapées psychiques »(3) et on se demandera pour finir si les difficultés rencontrées pour dresser les contours de cette notion ne sont pas, d'une certaine manière, productives.

01 Retour sur l'histoire

Le dernier quart du XX^e siècle coïncide avec l'apparition d'une nouvelle façon de désigner l'infirmité. Le handicap évoqué dans la Loi du 3 novembre 1957, entre dans le langage courant avec la loi du 30 juin 1975. Pour autant, il serait vain de rechercher dans cette loi la moindre évocation du handicap psychique. Ceci pour deux raisons :

- **La loi sur le handicap ne donne qu'une définition « procédurale » du handicap.** Sont en effet reconnues comme handicapées, les personnes qui auront été désignées comme telles par une instance d'évaluation, la COTOREP¹. Rien donc sur ce qu'est au fond le handicap. Ce qui n'empêchera pas la prolifération de l'usage de cette notion sauf en direction des personnes ayant été atteintes de troubles psychiques. Celles-ci restent, de fait, hors du champ de la Loi de 1975.

- **Il faut dire qu'à l'époque, et c'est là la seconde raison, les professionnels de la psychiatrie estiment que les malades mentaux ne sauraient sans danger bénéficier des avantages de cette loi.** Depuis deux siècles en effet, les psychiatres se battent pour faire sortir les fous des prisons, pour leur enlever leurs chaînes et pour les soigner dans des établissements spécialement conçus pour eux, à l'abri d'un milieu considéré comme pathogène. Ils y parviennent quoique non sans difficulté. Mais les asiles qui n'accueillaient qu'un millier de patients au début du XIX^e siècle, en soignent 100 000 un siècle plus tard. Aux alentours des années soixante dix du XX^e siècle, les hôpitaux psychiatriques traitent 170 000 malades. La Loi de 1975, qui doit en principe permettre aux personnes handicapées de vivre dans la cité, est alors perçue par de nombreux psychiatres comme une régression. Pour eux, le retour des malades mentaux dans le monde commun risque en effet de compromettre leurs chances de guérison en les exposant inutilement aux influences les plus néfastes. Contre l'avis général qui est plutôt positif à l'égard de la grande loi de 1975, certains psychiatres sont plutôt réticents contre cette loi, certains n'hésitant pas à considérer celle-ci comme une « loi scélérate »². Dans ce contexte, les médecins psychiatres resteront très réservés vis-à-vis de la COTOREP et des droits que cette institution est censée attribuer. Ils éviteront pendant longtemps d'y orienter leurs patients.

Pour autant, le mouvement des praticiens n'est pas uniforme. Certains n'hésitent pas malgré tout à adresser leurs patients à la COTOREP. Ne serait-ce que pour permettre à ceux-ci de bénéficier de l'AAH.

Mais il y a plus. En effet, plusieurs évolutions se dessinent - dont certaines sont bien antérieures à la Loi de 1975 - qui vont progressivement changer le regard d'un nombre de plus en plus importants de professionnels de santé. En effet, si pendant longtemps, la mise à l'écart des malades du monde social s'impose comme thérapeutique, cette option fait l'objet de critiques de plus en plus fortes. Pendant la deuxième guerre mondiale, la psychiatrie institutionnelle, puis plus tard le mouvement de l'antipsychiatrie en Angleterre et en Italie, mettent sérieusement en cause la psychiatrie asilaire et opèrent un renversement d'appréciation. Selon ces courants, l'asile est un lieu pathogène car non seulement il coupe le malade de son milieu mais il installe celui-ci durablement dans la maladie. En revanche, le milieu ordinaire est investi d'une vertu thérapeutique. En France, dans la continuité de la psychiatrie institutionnelle, s'amorce un mouvement de redéploiement de la psychiatrie publique, de l'hôpital vers les territoires. Il s'agit avec la création des « secteurs » en 1960, d'éviter la désocialisation asilaire et la chronicisation de la maladie et de promouvoir des lieux de soins de proximité.

La sectorisation ne bouleverse peut-être pas les mentalités. Il reste que se profile une autre représentation du rapport entre le malade et son milieu social et que l'hôpital n'est plus le seul lieu de soin. Les malades mentaux peuvent commencer à trouver des alternatives à l'hospitalisation. D'autant plus qu'en ce dernier quart de siècle, la recherche en neuropsychopharmacologie se développe de façon accélérée et que des médicaments ayant de moindres effets secondaires sont

¹ Aujourd'hui CDAPH, commission installée dans les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).. Dans le texte qui suit qui laisse une large place à l'histoire, nous utiliserons plutôt l'ancien sigle.

² B. Durand, La Question du handicap psychique, Colloque Handicap et enjeux de société, Centre de ressource en SMS d'Ile de France, Janvier 2006. (www.ac-creteil.fr/sms/icdf).

mis sur le marché. Désormais, les malades ne sont plus placés devant un choix impossible, la maladie aiguë ou bien la camisole médicamenteuse invalidante. Ils peuvent prétendre contrôler leur maladie tout en maintenant plus ou moins leurs capacités d'action. **En d'autres termes, sous réserve que leur pathologie ne soit pas trop sévère, ils sont dans la même situation que les malades chroniques qui vivent avec leur maladie en milieu ordinaire.**

Dans ces conditions, le processus d'hospitalisation qui n'a fait que croître pendant deux siècles commence à s'infléchir de façon sérieuse à partir des années soixante dix. En l'espace d'une trentaine d'année le nombre de patients hospitalisés est pratiquement divisé par trois. On ne compte plus que 62 000 malades hospitalisés en 2001. Mais surtout, pendant cette même période, la durée de séjour qui était de 250 jours en moyenne par an en 1970 s'effondre puisqu'elle n'est plus que de 34 jours au début du XXI^e siècle.

Cette nouvelle situation modifie sensiblement le rapport de la psychiatrie au système de protection des personnes handicapées. De plus les associations d'usagers ou de familles d'usagers comme l'UNAFAM ou la FNAPSY se mobilisent pour que ceux qui sont touchés par la maladie mentale puissent bénéficier des mêmes droits que les personnes handicapées par d'autres déficiences³. Dans ces conditions, la COTOREP est de moins en moins envisagée comme une filière incompatible avec la filière de soin. Pour beaucoup, les deux filières peuvent au contraire se combiner. Ainsi pour l'ensemble de ces raisons, bien avant la Loi du 11 Février 2005 les psychiatres orientent nombre de leurs patients vers la COTOREP pour leur faire bénéficier non seulement de l'AAH mais aussi de bien d'autres droits qui ont été ouverts par les lois successives sur le handicap, comme par exemple le droit de bénéficier d'un statut

particulier dans l'entreprise.

Certes, les pratiques sont très hétérogènes et les COTOREP répondent très différemment d'un département à l'autre. **Il reste que la situation devient favorable à la reconnaissance officielle du droit des personnes ayant eu des troubles psychiques à bénéficier elles aussi des mesures d'aide prévues par les lois sur le handicap.**

02 Le handicap psychique comme processus

La Loi du 11 février 2005 consacre une telle reconnaissance. A un détail près cependant. Si les commentateurs de la Loi puis les professionnels du champ évoquent abondamment le « handicap psychique », ces deux termes ne figurent aucunement dans la loi, pas plus d'ailleurs que ne sont mentionnés le « handicap moteur », le « handicap sensoriel » etc.

En effet, si la nouvelle loi innove en donnant une définition du handicap, celle-ci est largement tributaire des travaux menés à l'échelle nationale et internationale qui, depuis les années quatre vingt, s'attachent à distinguer la déficience, l'incapacité et le désavantage. Si la Classification Internationale du Handicap (CIH) précise ce qu'est le handicap, elle prend bien soin de le distinguer de la déficience. C'est une telle distinction qui est reprise par la Loi de 2005, lorsqu'elle indique que le handicap est une « limitation d'activité ou une restriction de participation à la vie en société » qui est « subie » par une personne « en raison d'une altération substantielle durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions » dont la fonction psychique. **En d'autres termes, ce n'est pas l'altération de la fonction psychique qui est**

3 Collectif UNAFAM et autres associations, Le Livre Blanc des partenaires de santé mentale, Editions de santé, 2001.

le handicap, mais bien la limitation d'activité liée à cette altération. La nuance est importante car elle signale qu'il n'y a pas nécessairement de relation mécanique et proportionnelle entre la déficience et le handicap. Une déficience faible peut générer une forte restriction de participation. Une déficience forte ne génère pas nécessairement une importante limitation d'activité.

Mais il y a autre chose. En effet, le courant anglo-saxon des Disability Studies est très critique vis-à-vis du modèle biomédical et déficitaire du handicap selon lequel le handicap serait un « attribut » de la personne⁴. **Ce mouvement plaide pour un autre modèle, le modèle social, qui impute surtout la restriction de participation des personnes souffrant de déficiences à un dysfonctionnement social et environnemental.** L'audience de ce mouvement est relativement importante. Il est souvent repris en France par les associations de personnes handicapées qui plaident pour un aménagement de l'accessibilité. Il est aussi repris à l'échelle internationale, puisque la nouvelle Classification du Handicap, la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), tente d'articuler le modèle social et le modèle médical du handicap en avançant une approche « biopsychosociale » du handicap. Ainsi, selon la CIF, la restriction de participation serait due à ensemble de facteurs complexes. Elle ne saurait être renvoyée à un seul de ces facteurs.

On peut comprendre dans ce contexte général, les difficultés qui se présentent dès lors que l'on entend préciser ce qu'est le handicap psychique. Celui-ci serait la résultante d'un ensemble de facteurs complexes.

Certes, on pourrait penser lever cet obstacle en faisant, comme semble le suggérer la loi, la distinction entre l'altération de la fonction psychique (la déficience) et le handicap. Or, de nouvelles difficultés se présentent ici.

Alors qu'en général, les médecins disposent de divers « marqueurs » pour attester l'existence de la déficience chez un sujet donné, de tels « marqueurs » n'existent pas dans le cas de la maladie mentale⁵. Ou du moins leur fiabilité n'est pas véritablement garantie. Ce doute transparait d'ailleurs fortement lorsque l'on évoque l'existence de la maladie pour la distinguer d'autres troubles. Ainsi parle-t-on de « trouble mentaux avérés » ou bien encore « d'authentiques troubles mentaux caractérisés ». On ne peut manquer de constater que cette formulation qui semble acceptable pour la maladie mentale serait relativement incongrue pour d'autres pathologies. Nous n'avons jamais entendu parler de « sida avéré » ou bien encore d'un « authentique cancer » car on voit mal ce que serait un cancer inauthentique⁶. Ce genre de formulation témoigne bien de l'incertitude devant laquelle se trouvent les psychiatres pour catégoriser les déficiences in situ, quand bien même ceux-ci peuvent s'appuyer sur la Classification Internationale des Maladies. L'émergence de la catégorie des « border line » viendrait d'ailleurs attester cette difficulté.

Or, cette difficulté est montée d'un cran à la fin du XX^e siècle, lorsque des médecins de santé publique ont avancé l'idée que les symptômes qui permettaient d'identifier la maladie mentale pouvaient aussi relever d'une souffrance bien différente, la souffrance psychosociale⁷. Et que cette souffrance ne devait pas alors relever forcément d'un traitement psychiatrique. Elle est aussi montée d'un nouveau cran lorsque la psychiatrie en est venue au tout début du XX^e siècle « à élargir sa mission initiale de lutte contre les maladies mentales au profit d'une politique de santé mentale plus générale, visant à prévenir et à traiter toutes les formes de souffrance psychologique, y compris ses formes non pathologiques »⁸.

Ainsi, de quelque côté qu'on le prenne, le handicap psychique paraît insaisissable. Cette difficulté à circonscrire ce type de handicap est très

4 G. Albrecht, J.F. Ravaud, H.J. Stiker, L'émergence des disability studies : état des lieux et perspectives, Sciences sociales et santé, 2001.

5 Cela est probablement le cas dans bien d'autres maladies.

6 Encore que les débats actuels sur le surdiagnostic pourraient conduire à modifier les formulations.

7 A. Lazarus, H. Stroll (Dir.) Une souffrance qu'on ne peut plus cacher, La Documentation Française, 1995, P.J. Parquet, Souffrance psychique et exclusion sociale, La Documentation Française, 2003.

8 Anne M. Lovell (Dir.), Santé mentale et société, Problèmes politiques et sociaux, Avril 2004.

perceptible dans les conseils qui sont données aux « experts » chargé d'évaluer la déficience psychique des personnes. En effet, suite à la Loi de 2005, le « Guide Barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées » déjà modifié en 1993 a été mise à jour en 2007. Ce guide doit permettre d'attribuer un taux d'incapacité lequel ouvre un certain nombre de droits aux personnes concernées. Un chapitre est consacré aux « déficiences du psychisme » et une sous-section aux « déficiences psychiques de l'adulte ». L'introduction éclaire bien, nous semble-t-il, les difficultés dont nous venons de parler.

Il est en effet d'abord recommandé à l'expert de se servir de la « Classification Internationale des Maladies » comme « outil de base ». Mais il est précisé que le diagnostic psychiatrique ne permet pas de « mesurer les capacités d'une personne ou ses incapacités dans la vie familiale et professionnelle ». Ce n'est pas, ajoute le guide « la maladie psychiatrique qui donne lieu à l'attribution d'un taux d'incapacité mais les limites qu'elle suscite dans la vie quotidienne ». L'expert est donc appelé à procéder à une évaluation « psychosociale », c'est-à-dire à mesurer quelles sont les capacités ou les incapacités du sujet dans sa vie quotidienne et professionnelle.

Toutefois, l'expert ne saurait se fier aux limites qu'il constate en situation. Faute de quoi, il risque de prendre une incapacité liée par exemple à l'exclusion sociale pour des incapacités liées aux troubles psychiatrique. Il est donc invité à apprécier « globalement l'incapacité en fonction de l'ensemble des troubles psychiques présentés par le sujet ». Or, toujours selon le guide, ces troubles ne disent rien en principe sur les incapacités... **Le handicap psychique n'est défini dans ces conditions non pas a priori, mais au terme d'une démarche longue, difficile et hasardeuse. La définition du handicap psychique s'inscrit donc dans**

un processus relativement complexe. Nous sommes très loin ici de la médecine des preuves.

03 Le vécu du handicap psychique

Mais il importe de se demander maintenant comment, de leur côté, les principaux intéressés vivent ce rapport au handicap psychique. Depuis une décennie en effet, la place de l'usager dans la filière sanitaire et sociale tend à se transformer. Différentes dispositions législatives, comme par exemple la Loi du 4 mars 2002 dite de « démocratie sanitaire », tendent à accorder une plus grande liberté aux personnes dans le choix de leur prise en charge ou de leur traitement. Il est donc capital de savoir comment les personnes concernées « travaillent » cette notion de handicap psychique dont on a vu qu'elle avait quelques difficultés à être précisée par les professionnels.

Nous nous appuyons, pour répondre à cette question, sur une recherche que nous avons menée auprès d'une vingtaine de personnes ayant accédé au statut de « handicapé » en raison de troubles psychiques⁹.

Il ressort de cette recherche, sur le point précis qui nous intéresse, que le handicap est vécu la plupart du temps sur un double registre. Celui du statut d'une part, et celui de la déficience d'autre part sans qu'un lien ne soit forcément établi entre ces deux registres. Et dans les deux cas le rapport au handicap psychique semble très problématique.

⁹ Pierre Vidal Naquet, Benoît Eyraud, Noémie Molho, L'insertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques, Réseau Galaxie, FSE, 2007. Consultable en ligne : www.reseau.galaxie.asso.fr

A une exception près, les personnes que nous avons rencontrées cherchent à se mobiliser pour mettre la maladie à distance, c'est-à-dire à sortir de leur condition de malade. **Pour pratiquement toutes, l'horizon d'attente est la guérison que celle-ci soit assistée ou non par la psychiatrie. Dans ces conditions, le handicap qui consacre une déficience durable signe pour ces personnes l'échec d'une thérapeutique.** L'affiliation à la COTOREP n'est pas en effet vécue comme un progrès mais bien plutôt comme un renoncement.

Comment en effet comprendre que malgré un mieux être progressif, souvent confirmé par le corps médical, puisse être en même temps proposée une prise en charge au titre d'une déficience ? Surtout lorsque le même suivi médical (psychiatrie, médicaments) dont on a bénéficié en tant que malade, est l'une des conditions de cette prise en charge. Tout se passe comme s'il était impossible de se sentir à la fois guéri et handicapé ou bien comme s'il était inutile voire nuisible de désigner comme handicapée (et donc incurable) une personne malade (en principe curable).

Il n'y a guère que Christiane (40 ans) pour accepter les deux situations, et pour reconnaître une très forte articulation entre elles :

« Un handicap c'est long, une maladie, ça peut-être traitée tout de suite. Mais moi, j'ai les deux... chaque fois, ma maladie, elle m'a fait un handicap. »

D'autres personnes estiment qu'elles sont soit guéries et par conséquent ne se considèrent ni handicapées ni malades, soit encore malades et optent alors pour le statut correspondant et l'espoir de guérison aussi faible soit-il qui lui est attaché.

Ainsi Abdel (40 ans) ne sait pas très bien s'il est malade ou handicapé.

« Je ne sais pas, malade ? Handicapé ? J'ai été malade, je suis peut-être encore malade, comme m'a dit mon médecin, c'est des cachets que je prendrai à vie... alors je peux pas dire que je suis pas malade, ce serait mentir... Pour les médicaments, j'ai mis pas mal de temps pour trouver les médicaments qui convenaient... Depuis je suis stabilisé, j'ai l'habitude, ça fait partie de ma vie, je sais que je suis malade ».

Annick (26 ans) ne se vit pas comme handicapée. Elle se pense en effet guérie ou du moins en tous cas *« ça va mieux »* même s'il lui reste des souffrances, *« une souffrance morale »* des mauvais souvenirs et une certaine fragilité. Elle ne suit plus de traitements depuis trois ans. Elle continue de voir son psychiatre, mais de moins en moins régulièrement. Pratiquement guérie, elle ne sent pas pour autant handicapée malgré son affiliation à la COTOREP. *« A l'heure d'aujourd'hui, je ne me sens plus handicapée »* tout en ajoutant qu'elle n'est pas *« encore prête à arrêter tout ça »* (la psychiatrie). Elle se situe donc sur une trajectoire ascendante avec la guérison définitive – et non point le handicap - pour horizon.

Ceux qui reconnaissent avoir des déficiences ne considèrent pas forcément que celles-ci justifient d'une prise en charge au titre du handicap. Les baisses d'activités sont imputées aux prises de médicaments ce qui sous-entend qu'elles cesseront avec l'interruption de la thérapie. Ou bien encore, les faibles performances sont attribuées à la maladie et sont donc considérées comme passagères.

Elles peuvent aussi être liées à d'autres facteurs notamment sociaux. Autant de raisons qui n'appellent pas à penser ces déficiences sur le registre du handicap.

Yannick (28 ans) reconnaît qu'il a un certain nombre de difficultés.

« Je suis lent... Enfin on m'a souvent reproché d'être lent... Et puis à la COTOREP ils se sont aperçus que j'avais des difficultés pour communiquer. C'est à cause du stress. Quand j'angoisse comme ça... J'ai plutôt tendance à me replier, je reste dans mon coin ».

Mais Yannick fait part de son étonnement quand on lui propose « ça » :

« Je me suis dit, c'est pour les personnes invalides, tout ça, qui ont un problème physique... Je me suis dit, j'ai pas besoin de ça... »

S'il est difficile d'accepter le caractère durable de la déficience, il est tout aussi délicat d'endosser le statut de handicapé. Celui-ci paraît très ambigu pour les personnes atteintes de troubles psychiques. **En effet, ce statut a été conçu pour soutenir les inscriptions sociales et professionnelles. Par les avantages qu'il est censé procurer, il peut être envisagé comme une ressource.**

Or, en même temps, ce statut semble souvent vécu comme un véritable stigmate. Il consacre un changement de filière. D'une certaine manière Il fait passer la maladie de l'espace privé à l'espace public. En effet, dans la mesure où elle est traitée sur un mode confidentiel, la maladie reste en principe « confinée » dans le monde médical (Psychiatrie, hôpital, CMP¹⁰). En revanche, le handicap, même s'il dépend d'une appréciation médicale, est destiné à être affiché en direction d'autres milieux sociaux et professionnels.

Il engage le malade dans une démarche de « reconnaissance » afin que celui-ci puisse bénéficier des avantages liés à ce statut. Le

« candidat » devra en effet expliquer sa (nouvelle) situation à l'accueil des MDPH pour retirer un dossier, aux travailleurs sociaux chargés de l'évaluation des incapacités. Il sera ensuite confronté à la magistrature médico-sociale de la CDAPH. Enfin, il devra se prévaloir de ce statut pour bénéficier de formations, pour prétendre à une embauche et éventuellement à un aménagement de poste. Ainsi est-il conduit à rendre public le caractère durable de ses déficiences dans un contexte où les troubles psychiques sont perçus très négativement et font l'objet de craintes, de mépris et même de suspicion.

Michel (51 ans) qui est maintenant ambulancier, résume bien cette stigmatisation dont les « psy » (c'est-à-dire les malades mentaux) sont victimes : *« Dans mon entreprise, on sent bien que les autres salariés, ils ont du mépris pour les psy. Pour eux, ce sont des malades imaginaires, des gens qui font semblant, qui travaillent pas et qui sont à la charge de la société. Et ça se voit, parce que les malades ils les accompagnent parfois jusque dans leur chambre. Les psy, ils les laissent au milieu du couloir. Ils ne portent pas attention à eux ».*

Yannick (28 ans) fait une démarche pour être reconnu travailleur handicapé. Il obtient cette reconnaissance, mais vit très mal sa nouvelle situation : *« Quand j'ai appris que j'étais reconnu travailleur handicapé, ben je n'étais pas bien... Je me suis senti un peu affaibli et puis exclu de la société ».*

René (40 ans) exprime le même genre de difficultés, même si au bout d'un moment il parvient à les surmonter :

« Au début, de me dire que j'étais handicapé, c'était très dur à vivre parce qu'on m'a expliqué que ça n'était pas comme les handicapés moteur en chaises roulantes... On m'a dit que j'aurai des aides et un revenu tous les mois. On m'a dit que ce n'était pas dégradant d'être considéré comme handicapé psychique... mais enfin... je l'ai bien vécu ».

¹⁰ Centre Médico-Psychologique

Face à l'ambivalence de ce statut, à la fois porteur d'avantages et de stigmates, les stratégies mobilisées pour en bénéficier sans en avoir les inconvénients sont multiples.

On peut noter d'abord que le passage de la trajectoire de malade à celle de handicapé prend un certain temps. Certains évoquent le choc que représente pour eux la proposition qui leur est faite d'opter pour le statut de handicapé. La décision de solliciter les aides de la COTOREP suppose un temps de maturation pendant lequel les psychiatres, les travailleurs sociaux, les proches usent de tout leur pouvoir de conviction. Nous avons déjà évoqué les réticences de Yannick (28 ans) face à l'orientation qui lui était suggérée. Il lui faudra un certain temps pour s'y résoudre :

« C'est l'assistante sociale qui m'a proposé ça. Elle m'a proposé de faire un bilan de compétence pour voir où j'en étais... J'ai dit oui. Et puis quand on m'a proposé de remplir le dossier de travailleur handicapé, j'étais étonné... Je suis resté quelques mois chez moi avant de le remplir. Et puis j'ai fini par le faire parce qu'on m'en avait parlé dans mon entourage. On m'a dit que je pouvais avoir des aides... et que c'était pour une formation... que c'était moins difficile après ».

Abdel (40 ans) met bien deux ans pour se laisser convaincre et finalement faire le dossier :

« Au début, moi, j'étais pas handicapé. C'était pas ma faute, je voulais pas être reconnu handicapé. Oui, mais mes médecins ils m'ont persuadé, mon médecin traitant aussi. J'ai mis deux ans pour faire le dossier. Les arguments qu'on m'a donnés c'est que je pouvais travailler à mi-temps, que je pouvais faire des stages, me reclasser, avoir une allocation. Financièrement ça peut aider. Au début, j'en voulais pas de tout ça ».

L'obtention du statut ne signifie pas pour autant que celui-ci est réellement accepté. Léon (38 ans)

a du se résoudre à demander une reconnaissance de RQTH pour entrer dans un ESAT. Mais ce statut lui pèse vraiment aujourd'hui. C'est une question d'image.

« Je n'ai pas accepté de recevoir l'AAH parce que je ne veux pas avoir le statut d'handicapé pour moi. J'en ai pas besoin. Je peux me démerder par mes propres moyens. S'il faut ne pas manger le soir où ne pas manger à midi, ce n'est pas grave, je n'en veux pas... Ce n'est pas pour avoir l'étiquette mais... je ne veux pas l'avoir... Je veux me démerder moi-même. C'est par rapport à mon image ».

Les positions ne sont pas toujours aussi radicales ni aussi contradictoires. **S'il n'est pas refusé, le statut fait l'objet d'une certaine banalisation. Il est en effet présenté comme une opportunité à saisir pour ses avantages malgré le décalage qu'il y a en fait entre la situation de la personne et le nouveau statut.** Autrement dit, la reconnaissance est seulement administrative et ne s'appuie pas sur un constat de déficience.

Josette (40 ans) ne se considère pas comme une handicapée psychique :

« Ça ne se voit pas hein ? si je ne le dis pas, ça ne se voit pas. J'ai juste le statut, mais sinon je vis comme une fille normale, je ne prends pas de médicaments ».

De son côté, Juliette (37 ans) fait bien la différence entre son statut et son état. Certes elle ne nie pas ses troubles psychologiques, mais elle les impute à des causes sociales et familiales. Elle ne saurait les considérer comme un handicap :

« Moi j'ai des problèmes psychologiques, mais je ne me sens pas handicapée du tout. Je suis seulement une fille de la DASS qui n'a pas eu de chance d'avoir une mère qui était à la DASS. J'suis pas handicapée... J'ai eu des problèmes psychologiques graves... dépression... mais je ne suis pas handicapée pour autant ».

Pour elle, le statut et les ressources qu'elle en tire, ne sont pas dus à sa déficience. Ils relèvent plutôt d'une dette sociale :

« Comme quand je suis à la COTOREP, ils me donnent de l'argent un peu... Je leur ai dit, c'est normal que vous me payez avec tout ce que j'ai souffert et ce que vous avez fait à ma mère... C'est normal que vous me payez ».

Pour Cécile (40 ans), le statut qu'elle a obtenu est un simple arrangement inventé par des professionnels bienveillants pour répondre aussi à une situation sociale difficile. Il est clair que pour elle le décalage est très important entre son état et son statut.

« Moi, je suis allée l'ESAT, mais je n'avais pas le statut de travailleur handicapé. On m'a donné l'allocation, c'est peut-être par gentillesse... Ce n'était pas faux non plus, mais bon, je n'avais presque rien, je n'ai pas moins maintenant. C'est juste que je travaillais pas... ».

Cécile raconte même que c'est elle qui a en quelque sorte instrumentalisé le psychiatre. La facilité de l'opération lui fait un peu regretter de ne pas avoir agi plus tôt :

« Mais quand j'ai voulu cette reconnaissance, je l'ai eue. Je suis allé voir un psychiatre que je connaissais et il m'a dit « bon ben je vous le fait », comme ça, ça s'est fait tout seul... enfin, j'aurais pu en profiter avant. Ce n'est pas là que j'étais le plus mal. Puis surtout, je voulais me réinsérer, je ne voulais pas perdre pied ».

Pour René (40 ans) la demande qui a été faite à la COTOREP est essentiellement sociale. Elle se situe dans la continuité de son parcours d'insertion et correspond à la suppression de son RMI :

« Le RMI a été supprimé, donc je n'avais plus de revenus et c'est là qu'on a fait la demande COTOREP chez mon psy ».

Robert (52 ans) qui ne sent plus malade ni handicapé, ne renonce pas pour autant au statut,

mais uniquement en raison des avantages qu'il en attend. Il explique en effet qu'il ne touche pas l'AAH actuellement, mais pourrait encore y avoir droit s'il n'avait plus de salaire.

« J'ai pris la COTOREP mais c'est un moyen pour m'en sortir, au moins financièrement ». Il ajoute qu'il ne souhaite pas *« se désinscrire de la COTOREP »* en raison de ses 10 ans sans cotisation sociale. Il préfère donc continuer à bénéficier de cette protection et de cette garantie de salaire.

Annick (26 ans) ne se sent pas à sa place lorsqu'elle apprend qu'elle peut bénéficier de cette protection. Ce n'est pas elle en effet qui a fait la demande, mais sa famille avec l'accord de son médecin de l'époque. Ses parents connaissaient la COTOREP par des amis. Ils lui en ont parlé puis ont entrepris les démarches, en dépit des doutes exprimés par Annick. Mais finalement *« ça a marché »*. Pour autant la nouvelle ne l'a pas satisfaite et elle s'est même sentie un peu gênée. Contrairement aux *« personnes en fauteuil roulant, quand on me voit, on n'a pas l'impression que j'ai un handicap. C'est ça qui me gênait »*. Elle dit être affectée par le regard qu'elle porte sur elle-même, mais ne formule pas ses réserves. Si elle accepte aujourd'hui la reconnaissance de travailleur handicapé, c'est uniquement en raison des aides qui en résultent.

04 Conclusion

Ainsi d'un côté, le « handicap psychique » ne semble pas se prêter à une définition a priori ou « substantialiste ». La restriction de participation ne peut être repérée que in situ puisque la pathologie ne renseigne que très faiblement sur les incapacités. Mais les origines de cette restriction sont extrêmement variées. Elles sont

« biopsychosociales » et sont plus ou moins dépendantes les unes des autres, en sorte que le travail d'imputation s'en trouve fortement fragilisé. D'un autre côté, l'expérience des personnes sans laquelle le handicap psychique en tant que statut ne peut avoir d'existence, fait apparaître des vécus très contrastés. Si les personnes concernées considèrent ce statut comme une ressource pour s'insérer socialement et professionnellement, elles le vivent aussi comme un stigmate, comme une atteinte à leur identité et comme un renoncement. Si elles ne rejettent pas nécessairement un tel statut, elles restent hésitantes quant à son usage.

Une telle situation d'incertitude n'est pas sans poser un certain nombre de problèmes aux acteurs sociaux lorsque ceux-ci sont confrontés à des personnes qui vont mal, qui sont en souffrance, qui paraissent perturbées dans leurs activités et qui manifestement ont besoin d'être aidées. Il est alors normal que ces acteurs sociaux s'interrogent sur les ressources dont ils disposent, sur les filières qui existent, sur les droits qui peuvent être mobilisés, sur les orientations possibles.

Ils attribuent souvent leur difficulté d'intervention à leur méconnaissance du réseau sanitaire et social ou bien encore à leur manque de maîtrise de ce qu'est le handicap psychique ou la maladie mentale. Ces difficultés s'actualisent souvent par des attentes déçues. Bien souvent, on évoque le fait que les agents apparemment compétents dans leur domaine se dérobent ou bien se déchargent sur d'autres des prises en charge qui normalement devraient leur incomber. L'incertitude devant laquelle on est inévitablement confronté lorsqu'on aborde la question du handicap psychique serait l'une des explications possibles de cette difficulté à agir. Dans ces conditions la réduction de l'incertitude semble se présenter

comme le passage obligé d'une réponse adaptée à la question posée par le handicap psychique.

Mais nous voudrions pour terminer explorer une autre voie en nous demandant si, loin d'être un obstacle, l'incertitude ne pourrait pas être envisagée d'une manière positive. En effet, l'incertitude se présente comme une difficulté dès lors que l'on entend classer, catégoriser les individus pour leur attribuer des droits, les orienter vers des prises en charges ou des thérapeutiques. Le doute viendrait donc affaiblir considérablement cette logique de la catégorisation ainsi que celle de la spécialisation.

En revanche si l'on part de l'idée que l'incertitude reste irréductible en dépit des efforts que l'on peut faire pour la réduire, ce qui semble le cas du handicap psychique, on peut orienter la réflexion sur le type de réponse qui est susceptible d'être apporté dans un tel contexte. Parce qu'elle ne peut pas être appréciée avec certitude, la situation des personnes qui connaissent des « troubles » divers ne peut être traitée de façon unidimensionnelle. Ces « troubles » qui renvoient selon le dictionnaire, à ce qui « n'est pas net », à ce qui « ne se voit pas nettement », appellent probablement des implications d'agents d'origines diverses et de compétences diversifiées. Ils appellent en outre des réponses qui s'inspirent du principe de précaution, puisque comme le soulignent parfois les personnes concernées, les réponses elles-mêmes peuvent aussi être traumatiques en raison de leurs inadaptations ou des stigmates qu'elles génèrent. Ainsi plutôt que de répondre par la catégorisation et la spécialisation, il semble préférable de répondre par la vigilance, la prudence et surtout la mobilisation d'intervenants diversifiés travaillant en réseau.

Nous voudrions pour finir nous appuyer sur un exemple venu d'outre-manche, celui du « Mental

11 Nous remercions Benoît Eyraud qui mène actuellement une recherche sur la tutelle, de nous avoir transmis ces informations sur le cas britannique.

Capacity Act (MCA)»¹¹. Cette Loi publiée en 2005 concerne la capacité juridique des personnes de plus de 16 ans qui ne sont pas en mesure de prendre une décision autonome en raison de troubles psychiques qui les affectent. Le souci du législateur britannique a été d'éviter la catégorisation hâtive des individus par une mise sous tutelle prématurée. Aussi plutôt que de laisser se prononcer le spécialiste de l'incapacité, à savoir le juge, le « MCA » s'adresse à l'ensemble des personnes, professionnelles ou non, susceptibles d'apporter une aide ou un soin. Ce faisant, le MCA élargit considérablement le champ des intervenants habilités à intervenir dans ce contexte incertain que l'on est sur l'opportunité de la tutelle. Simplement il fixe un certain nombre de règles et de principes généraux qui doivent orienter les intervenants. Ceux-ci doivent notamment respecter le principe de subsidiarité selon lequel personne ne peut agir à la place d'un autre si toutes les démarches n'ont pas été tentées pour que ce dernier agisse par lui-même. Lorsque des décisions sont prises à sa place, celles-ci doivent rester « raisonnables » et surtout, en vertu du principe de « moindre intervention » ces décisions doivent être aussi peu restrictives que possible en ce qui concerne les droits et les libertés d'action du sujet. Dans un pays dont la tradition juridique est celle de la « common law », l'appréciation de la pertinence des interventions est faite a posteriori. Evidemment, une telle posture n'est pas sans risque. **Il reste qu'elle s'attache à éviter la stigmatisation et l'enfermement des individus dans des rôles sociaux qu'ils ne désirent pas. La réflexion sur le handicap psychique pourrait s'inspirer d'une telle expérience.**

LES PROBLÉMATIQUES D'INSERTION PROFESSIONNELLE ET LES RÉPONSES DE L'ENTREPRISE

- La population atteinte de troubles psychiques dans l'entreprise est diverse, selon
- le niveau de handicap que les troubles entraînent sur le lieu de travail,
 - la reconnaissance 'handicap' de la situation par la personne elle-même,
 - les registres dans lesquels les troubles vont se manifester,
 - les réponses de l'entreprise et la prise en charge spécifique n'est pas la même.

Cet outil de lecture permet de situer le salarié sujet à des troubles psychiques dans une problématique d'insertion professionnelle. Il ne vise pas à rendre compte du vécu de chaque salarié, mais de révéler des « temps » d'insertion professionnelle distincts.

